

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

Quando a Dor não dói:
Intervenções de Enfermagem para a
Gestão da Dor em Contexto Pediátrico

Cláudia Filipa de Oliveira Florêncio

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio


Quando a Dor não dói:
Intervenções de Enfermagem para a
Gestão da Dor em Contexto Pediátrico

Cláudia Filipa de Oliveira Florêncio

Orientador: Prof^ª. Maria Odete de Carvalho Lemos e Sousa

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Grande é a poesia, a bondade e as danças...
Mas o melhor do mundo são as crianças”

Fernando Pessoa, 1888

À ESEL, onde estudei, aos colegas e docentes.

À professora Odete Lemos e Sousa, pela orientação e disponibilidade.

Às enfermeiras Carolina Cardoso, Andreia Gonçalves, Guida Mouro, Mafalda Machado, Rosário Lobo, orientadoras dos locais de estágio, pelo conhecimento transmitido.

A todos os meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio nesta caminhada.

À minha família, pela compreensão e tolerância.

Ao Luís pela cumplicidade e palavras de incentivo.

A todas as crianças e famílias de quem cuidei, pelo crescimento proporcionado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem

GOBP – Guia Orientador da Boa Prática

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP - International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCEEEESCJ – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

UC – Unidade Curricular

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

RESUMO

Este relatório pretende apresentar a análise das atividades realizadas nos diferentes campos de estágio bem como as competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria, e especificamente no âmbito da gestão da dor.

O estágio decorreu em diferentes unidades de prestação de cuidados da área pediátrica nomeadamente Neonatologia, Internamento, Centro de Saúde e Urgência. Teve por base os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, visando a intervenção de enfermagem de especial complexidade à criança / jovem e família, para a promoção da adaptação, do desenvolvimento e do equilíbrio deste sistema, sujeito a stressores; e ainda desenvolver e aprofundar competências na gestão diferenciada da dor da criança/jovem. Adotou-se uma metodologia reflexiva, reflexão sistemática sobre a prática, evidenciando a capacidade autocrítica do exercício profissional com recurso à evidência científica e à experiência.

O enquadramento concetual transparece a justificação do tema e a construção do saber fundamentado no quadro de referência dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica, com recurso à visão de Betty Neuman. O modelo concetual destaca a permanente interação da pessoa com o ambiente, onde é afetado por diferentes stressores que lhe podem causar desequilíbrio. A dor enquanto fenómeno sensível à intervenção de enfermagem pode, à luz do modelo, ser prevenida com sustentação na possível reação, recursos, objetivos e no resultado previsto.

O desenvolvimento e a aquisição de competências do domínio da assistência da criança/jovem na maximização da saúde; no cuidado nas situações de especial complexidade, e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, permitiram-me enriquecer as intervenções de enfermagem enquanto elemento facilitador na gestão da dor, e ainda contribuir para a valorização da profissão através de práticas que promovam ganhos em saúde.

Palavras-chave: Dor, Cuidados Não Traumáticos, Cuidados Centrados na Família, Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

This report aims to present the analysis of the activities performed in the various internship fields as well as the skills developed in the area of child health nursing expertise and pediatrics, and specifically in the pain management.

The stage took place in different units of care pediatric area including neonatology, Inpatient, Emergency and Health Center. Was based on the following general objectives: develop specific competencies Nurse Specialist Health Nursing in Child and Youth aimed at nursing intervention of special complexity to the child / youth and family to promote adaptation, development and balance this system, subject to stressors; and to develop and deepen skills in differentiated management of pain the child / youth. It adopted a reflexive methodology - systematic reflection on practice, showing the self-criticism capacity of professional practice using scientific evidence and experience.

The conceptual framework reveals the theme of justification and the construction of knowledge based on the framework of Pediatric Nursing Care, using the Betty Neuman vision. The conceptual model highlights the ongoing interaction of the person with the environment, which is affected by different stressors that it can cause imbalance. Pain as a phenomenon sensitive to nursing intervention can, in the light of the model, be prevented with support in the possible reaction, resources, objectives and expected outcome.

The development and acquisition of domain skills of child care / youth in maximizing health; in care in situations of particular complexity, and provide specific care for the needs of life and development cycle, allowed me to enrich nursing interventions as facilitator in pain management, and contribute to the enhancement of the profession through practices that promote health gains.

Keywords: Pain, Atraumatic Care, Centered Care in the Family, Nursing Interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1 Quadro de referência dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica.....	13
1.2 A gestão da dor em contexto pediátrico	17
2. PERCURSO DE ESTÁGIO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	25
2.1 Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido	27
2.2 Internamento de Pediatria e Urgência de Pediatria.....	35
2.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	46
2.4 Internamento de Pediatria	54
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
4. PROJETOS FUTUROS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

- 1) Cronograma de estágio
- 2) Objetivos específicos dos locais de estágio e plano de atividades
- 3) Norma de Procedimento: Gerir a administração de sacarose a 24%
- 4) Pedido de fornecimento de sacarose oral a 24%
- 5) Folha de verificação
- 6) Guião de preenchimento da folha de verificação
- 7) Norma de Procedimento: Registo do Foco Dor

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Filosofia dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica.....**16**

Figura 2 - Modelo de Sistemas de Cuidados Betty Neuman**20**

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge da implementação de um projeto que delineou um caminho a percorrer e pretende refletir as aprendizagens, as atividades e as experiências de estágio, para dar resposta aos objetivos subjacentes bem como as competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

O processo de cuidar visa proteger, melhorar e preservar a dignidade humana perspetivando a pessoa enquanto ser multidimensional, sendo o ideal do cuidar transpessoal, de intersubjetividade no qual todos estão envolvidas (Watson, 2002). Portanto, o cuidado está relacionado com a interação entre pessoas através da intersubjetividade, permitindo um encontro autêntico entre quem cuida e é cuidado, superando o físico e material, existindo contato com o emocional e subjetivo da pessoa (Watson, 2002).

Quem cuida da criança, do jovem e família não pode deixar de ficar indiferente ao impacto que a dor tem nas suas vidas, e do que é o confronto quotidiano com os desafios associados aos problemas de saúde. A dor é um fenómeno subjetivo e complexo que deve ser analisado em duas vertentes: uma de quem a vive, e outra de quem a tenta interpretar e eliminar. É aqui que o EEESCJ tem um papel fundamental, sendo que estas comoções fomentaram a motivação sobre a temática, no âmbito da promoção do bem-estar da criança, jovem e família. A dor é uma das muitas preocupações de pais e enfermeiros, quando uma criança tem um problema de saúde.

O modelo conceptual de cuidados do EEESCJ centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança, jovem e família. A estes enfermeiros compete a gestão diferenciada do bem-estar e da dor da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para tal, são necessárias intervenções que permitam dar respostas às exigências do cliente pediátrico (criança e família), requerendo do enfermeiro um pensamento holístico com assento em variáveis primordiais - fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, dando ênfase à prevenção, educação para a saúde e tratamento da doença numa abordagem interdisciplinar.

O conceito de criança tem implícito a conceção de sistema, com relações internas e externas em interação constante com outros sistemas, que a influenciam

e pela qual são influenciados, convergindo para o seu desenvolvimento. A criança é compreendida como um sistema singular, em evolução contínua e em decrescente dependência dos outros para a satisfação das suas necessidades, nomeadamente dos pais, que são parte integrante do sistema. O modelo de sistemas de Betty Neuman considera que o sistema adquire estabilidade e bem-estar (saúde) mas continuamente está sujeito à desarmonia (doença) entre as partes do sistema sobre os quais as intervenções de enfermagem devem incidir, encontrando aqui destaque o essencial conhecimento do sistema na sua totalidade, para a planificação e implementação de intervenções eficazes para a manutenção ou recuperação da harmonia. Em cada situação de cuidados, é necessário considerar que a díade (criança e pais) é um sistema dinâmico, para o qual é imprescindível definir intervenções que garantam a continuidade de cuidados em todo o ciclo de vida. Portanto, o recurso à visão sistémica da Teoria de Betty Neuman irá contribuir para uma perspetiva abrangente da problemática da dor, compreendendo o cliente pediátrico como um sistema, em permanente interação com o meio ambiente, onde ao longo do seu desenvolvimento é afetado por diferentes fatores de stress (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), podendo causar-lhe desequilíbrio. Por outro lado, de acordo com Pearson e Vaughan (1992), as intervenções de enfermagem procuram a estabilidade do sistema, assumindo o cliente pediátrico (criança e família) na sua totalidade, para prevenir a desadaptação e manter o equilíbrio (prevenção primária), potenciando os recursos para que atinja novamente o equilíbrio do sistema (prevenção secundária), ou permitindo a manutenção do processo de adaptação (prevenção terciária).

A escolha do tema emerge da preocupação com a qualidade de cuidados de enfermagem prestados no que se refere ao cuidar da criança especificamente com dor. O interesse pela gestão da dor decorre da inquietação pessoal sobre a temática, decorrente do meu percurso pessoal e profissional.

Em 2004, no âmbito da licenciatura, elaborei a monografia – *“Quais as estratégias minimizadoras do impacto doloroso, decorrente do procedimento invasivo, nas crianças em idade pré – escolar?”*. No ano seguinte, integrei o projeto de implementação da Dor enquanto 5º Sinal Vital, tendo sido introduzidas escalas de

avaliação da dor na folha de registo de sinais vitais no meu contexto da prática (Internamento de Pediatria), ainda em suporte de papel.

Mais tarde, no final de 2011, integrei o grupo de trabalho no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: foco de atenção Dor, enquanto elemento dinamizador no serviço onde mantenho o exercício de funções. Este projeto percorreu as fases metodológicas preconizadas, que se sucedem num caminho cíclico que se inicia no planeamento, segue-se pela execução, passa pela verificação seguindo-se a consolidação com o reconhecimento e partilha do sucesso. Deste trajeto, com duas auditorias a todos os serviços do hospital, propôs-se em 2013 algumas medidas corretivas transversais, nomeadamente na definição e uniformização das escalas de avaliação de dor, de acordo com as áreas de intervenção na prestação de cuidados, e a integração da história de dor na avaliação inicial. Dado que o objetivo do projeto era a melhoria da prática para a prevenção e controlo da dor, foram estudados os indicadores das componentes de avaliação. Estes indicadores, enquanto recursos capazes de exprimir o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das crianças, correspondem às componentes da avaliação da qualidade proposta por Donabedian (2003), estrutura, processo, resultado, e ainda, do tipo epidemiológico. No contexto do Internamento de Pediatria, obtiveram-se indicadores positivos de estrutura, de processo e epidemiológicos, no entanto não foi possível mensurar indicadores de resultado, nomeadamente dados relativos à modificação positiva do estado de diagnóstico, o que motivou o interesse pela continuidade do projeto.

A gestão da dor no contexto da filosofia dos Cuidados Não Traumáticos (CNT) é um recurso determinante para a promoção da saúde e do bem-estar da criança e família. O controlo da dor é um dever de todos os enfermeiros e um indicador de boa prática, que contribui para a excelência dos cuidados de enfermagem (OE, 2013).

A dor enquadra-se num enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade “Bem-estar e auto cuidado” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem – RPQCEESCJ), faz parte do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores da área de assistência à criança e é foco de atenção da CIPE. No entanto, na literatura encontramos manifestamente dados que demonstram a necessidade de

sensibilização e formação dos profissionais de saúde, porque embora exista um reconhecimento dos direitos das crianças perante a evidência de dor, ainda existem lacunas no efetivo controlo da dor pediátrica (Batalha et al., 2014). Portanto, o investimento que pretendo conceber no âmbito do percurso de estágio será canalizado para o estabelecimento de medidas corretivas, e para a obtenção de resultados que revelem com maior consistência práticas de excelência.

O percurso de estágio teve por base os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de EEESCJ, visando a intervenção de enfermagem de especial complexidade à criança / jovem e família, para a promoção da adaptação, do desenvolvimento e do equilíbrio deste sistema, sujeito a stressores;
- Desenvolver e aprofundar competências na gestão diferenciada da dor da criança/jovem.

O relatório está dividido em quatro capítulos, no primeiro capítulo consta o enquadramento concetual, onde será abordado o quadro de referência dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica e a gestão da dor focalizada nas intervenções de enfermagem. No segundo capítulo, será apresentada uma análise reflexiva da prática clínica, com especificação dos objetivos e das atividades desenvolvidas, para a transformação das aprendizagens do percurso de estágio em competências acrescentadas e adquiridas. O terceiro capítulo apresenta as considerações finais do percurso delineado e termino com a perspetiva de projetos futuros neste âmbito.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O quadro conceptual que de seguida exponho pretende recolher contributos da evidência científica para conceptualizar as temáticas estruturais do relatório de estágio.

1.1 Quadro de referência dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica

O desafio atual da enfermagem é mover-se além do objetivável, dedicando-se a outras vias de conhecimento, na área da experiência humana, “a procura de verdades ocultas e de novos critérios, desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença” (Watson, 2002, p. 8). Para Watson, a enfermagem é sobretudo cuidar da pessoa, que percebe e experiencia o mundo de uma forma própria e tem como ideal o cuidar na relação com as pessoas - o cuidar transpessoal, ou seja, a união entre duas pessoas em que ambas transcendem o “eu”, o tempo, o espaço e a história de vida de cada um. O cuidar começa quando o enfermeiro entra na experiência da outra pessoa (campo fenomenológico), e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro. O campo fenomenológico entende-se como a consciência e a percepção do eu e dos outros - sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças, desejos, objetivos, expectativas, considerações, baseadas na história de vida de cada um. Para cuidar é necessário conhecer o campo fenomenológico da pessoa alvo dos cuidados, e para isso é essencial estabelecer uma relação de confiança, baseada no conhecimento do outro, do seu espaço e do seu campo fenomenológico.

Para cuidar em pediatria é imprescindível a mobilização de competências, para que os cuidados sejam de parceria - Cuidados Centrados na Família (CCF) e simultaneamente não traumáticos - Cuidados Não Traumáticos (CNT). Ao cuidar, o enfermeiro desenvolve com a criança/jovem e família uma relação interpessoal, que tem inerente um processo de partilha. Esta relação reconhece a autonomia e as capacidades do outro, e ocorre numa reciprocidade contínua, com um movimento de “dar e receber”, significativo para ambos os intervenientes (Vieira, 2007).

A American Academy of Pediatrics (2003) define o CCF com base “na compreensão de que a família é fonte primária da criança, de força e suporte. (...) reconhece que as perspetivas e informações fornecidas pelas famílias como elementos importantes para a tomada de decisão clínica” (p.691). Também, o

National Center for Cultural Competence (2007) define os CCF como os cuidados que “asseguram a saúde e o bem-estar das crianças e famílias, através de uma parceria respeitosa entre a família e o profissional” (p.5). Esta parceria de cuidados, de acordo com o National Center for Cultural Competence (2007), reconhece a família como elemento constante na vida da criança, respeita “os pontos fortes, culturas, tradições e os conhecimentos que cada um traz para esta relação (...) é o padrão de prática que resulta em serviços de alta qualidade “ (p.5) e ainda “apoia a criança na aprendizagem participando no seu cuidar e nas suas tomadas de decisão” (p.6).

O modelo dos CCF reconhece a criança e o jovem no seio de uma família, e todos são considerados clientes, conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RCEEEESCJ) “encarando sempre este binómio como beneficiários dos seus cuidados” (OE, 2010a, p.1). Como tal, toda a equipa deve encarar os pais como elementos fundamentais na participação do tratamento da criança, olhando a família como um todo e não de forma desmembrada. O enfermeiro deve assim orientar-se pelo modelo dos CCF, desempenhando um papel preponderante no envolvimento dos pais e da criança, contribuindo com as suas intervenções para responder às necessidades individuais. De facto, conforme descrito no RPQCEESCJ, o EEESCJ tem “como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2011, p.10). A abordagem dos CCF é desenvolvida no sentido do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados, sendo reconhecido o papel fundamental das famílias na promoção de saúde, do apoio emocional e social no desenvolvimento das crianças como parte integrante dos cuidados (Institute for Family-Centered Care, 2010). Os CCF assentam em quatro pilares: o respeito e a dignidade (conhecimentos, valores, crenças e perspetivas familiares são incluídas no planeamento e na prestação dos cuidados), a partilha de informações (comunicação efetiva e partilha de informação oportuna e clara), a participação (incentivo e apoio na tomada de decisão e nos cuidados) e a colaboração (a criança e a família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planeamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (Institute for Family-Centered Care, 2010).

Por outro lado, o conceito parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey salienta o envolvimento e a valorização da família para o bem-estar da criança, e reconhece a intervenção do enfermeiro no apoio e orientação dos pais, adotando atitudes individualizadas que vão de encontro aos desejos e às necessidades específicas de cada criança e família (Casey, 1995). Esta conceção corrobora com a visão do Modelo de Enfermagem de Sistemas de Saúde de Betty Neuman “os cuidados na perspetiva da pessoa total (...) a força deste modelo está na ênfase dada à prevenção, educação para a saúde e bem-estar, assim como para o tratamento da falta de saúde” (Pearson & Vaughan, 1992, p.111). A parceria constitui um instrumento terapêutico, através do qual se pretende tornar os pais mais competentes para cuidar do filho, sendo o enfermeiro o elemento da equipa multidisciplinar de saúde que está numa posição privilegiada para o fazer (Estevinho, 2004, p.154).

O aparecimento da doença na criança gera ansiedade, e quando surge a hospitalização é necessário ajudar os pais a não se sentirem demitidos do seu papel, incentivando-os a participar nos cuidados, tornando-os parceiros no cuidar, promovendo assim um ambiente favorável aos CNT. Segundo Hockenberry & Barrera (2014) o conceito de CNT diz respeito à prática de “cuidados terapêuticos através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11). Esta definição tem subjacente o respeito pelo princípio ético de não causar dano.

A criança é vulnerável aos eventos potencialmente traumáticos, entendendo-os como algo negativo. Assim, com base no descrito pelo Health Care (2010) o “Trauma Informed Care” enquadra-se no possível trauma associado à dor, doença, aos procedimentos e à hospitalização. Desta forma, se por um lado a hospitalização promove a exposição a stressores, estes podem dissipar-se com a adaptação positiva à situação. Portanto, no contexto de uma prática de CCF e CNT o EEES CJ deve intervir procurando a estabilidade do sistema independentemente das possíveis limitações físicas, de desenvolvimento, ou do contexto onde está inserido, através da avaliação holística das forças, dos recursos e das necessidades da criança e família. O protocolo DEF exposto pelo Health Care (2010) especifica etapas substanciais para a recuperação do stress traumático, dado enfoque à

avaliação e gestão dos medos e preocupações relacionado com a dor, tristeza ou perda (reduzir o distress), ao apoio e capacitação da criança/jovem e família (promover suporte emocional), e ainda à importância da avaliação dos recursos e necessidades da família (envolver a família).

O EEESCJ tem o dever de proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, promovendo a sua aquisição global de competências e autonomia, tendo como princípios orientadores “a maximização e a potenciação da saúde, (...) o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (OE, 2011, p.15). Para isto, articulando as teorias de CCF com o quadro referencial de Patrícia Benner, é fundamental o desenvolvimento de competências para se tornarmos enfermeiros peritos. Benner afirma que a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende de uma maneira intuitiva cada situação e age a partir de uma compreensão profunda da situação global. Acredito que o EEESCJ tem o dever de compreender profundamente as relações entre a família e criança, os seus medos, a forma de se relacionarem e os seus papéis (subsistema interpessoal), para assim conseguir incluir todos os membros numa única direção, o processo de recuperação da estabilidade do sistema. Da mesma forma, Nunes (2002) encara os cuidados como um processo que implica planear e realizar em conjunto, valorizando o “fazer com” em vez de apenas “fazer para”, existindo assim um reforço do sistema, uma expansão das linhas de defesa que adquirem maior energia para futuramente conseguirem fazer face ao impacto dos stressores. O modelo dos CCF reconhece a criança e o jovem no seio de uma família, e todos são considerados alvos e beneficiários dos cuidados.

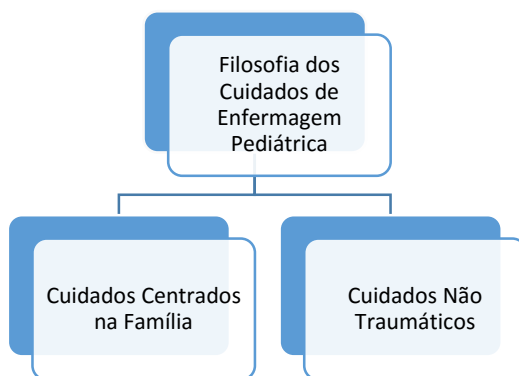


Figura 1 – Filosofia dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica

1.2 A gestão da dor em contexto pediátrico

Dor deriva do latim *dolor* que significa tormento, sofrimento. Desde os primórdios da civilização que a Humanidade procura entender e controlar a dor. Tentar eliminá-la é um objetivo que se iniciou desde os povos pré-históricos que perfuravam o crânio para libertar os maus espíritos que provocavam as cefaleias. A preocupação pela dor da criança em particular, começou a assumir importância apenas no final do século XX, altura em que começam a surgir os primeiros estudos focalizados no tratamento da dor em crianças. Pimentel (2001) afirma que:

os progressos realizados nos últimos anos para o alívio da dor nos adultos não têm sido aplicados às crianças com a mesma dimensão. A dor nas crianças não tem sido devidamente investigada, e a prevenção, diagnóstico e alívio estão rodeados de mitos e incertezas (p.27).

Monteiro (2002) na sua dissertação evidencia que a minimização da dor é de responsabilidade multidisciplinar, no entanto, ressalva que os enfermeiros, numa posição privilegiada têm o dever de colaborar na gestão das estratégias de diminuição da dor da criança, já que são os profissionais que mais tempo permanecem junto da mesma, competindo-lhes avaliar a dor, identificar a necessidade de alteração nos métodos de alívio, informando o médico sobre as conclusões das avaliações. No entanto, a evidência nos últimos anos tem demonstrado que a dor “tende a ser frequentemente ignorada ou desvalorizada pelos técnicos de saúde” (Barros, 2003, p.96).

Em Portugal, a Dor foi considerada 5º sinal vital pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), através da Circular Normativa nº 9 de 2003, e considerada como Norma de Boa Prática a avaliação e o registo regular da sua intensidade em todos os serviços prestadores de cuidados. A dor é um fenómeno multidimensional e complexo, o seu controlo é um “dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p.1). A OE publicou em 2008 o Guia Orientador da Boa Prática (GOBP) – Dor, o qual orienta para a gestão dos cuidados no âmbito da prevenção e controlo da dor. Este GOBP afirma que “a negação ou desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional dos enfermeiros” (p.7). Posteriormente em 2010, a DGS emitiu as primeiras orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, com registo sistemático da intensidade da dor, e em 2012 surgem mais 3

orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (dos 0 aos 28 dias; do 1^a mês aos 18 anos; e para as crianças com doença oncológica). Mais recentemente, em 2013, a OE publicou o GOBP direcionado para as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

De acordo com a definição do IASP (2010) a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (p.14). Por outro lado, ainda de acordo com o IASP (2010), a dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica, pelo que a sua perceção e a expressão podem variar na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde e doença e o contexto onde se encontra inserida. Portanto, torna-se imprescindível conhecer o cliente pediátrico, alvo de cuidados, recolhendo e analisando os dados, para a concretização de uma apreciação inicial individualizada, em que o levantamento de problemas resulte num diagnóstico de enfermagem conciso, que por sua vez permita um planeamento e implementação de intervenções de enfermagem satisfatórias para o cliente pediátrico (etapas do processo de enfermagem – apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação).

Durante a hospitalização existem momentos na relação que podem desequilibrar o sistema, criança/jovem e família, como é o caso dos procedimentos potencialmente dolorosos. Previamente aos procedimentos, a criança, jovem e família, deve ser informada e esclarecida com linguagem adequada ao seu desenvolvimento e à sua perceção, tornando-os capazes de tomar decisões e assim contribuir para o seu empoderamento. A gestão das emoções durante os procedimentos potencialmente dolorosos deverá ser dirigida com o objetivo de que a criança/jovem mobilize ou desenvolva mecanismos de *coping* face à situação que está a vivenciar, de forma a manter o equilíbrio - prevenção primária, de acordo com o modelo dos sistemas Betty Neuman. Neste sentido, dar “oportunidade de expressar as emoções negativas, reconhecê-las e geri-las, é um meio para a promoção do conforto emocional” (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010, p.26) do sistema, minimizando o impacto negativo e o desequilíbrio, que pode eventualmente ocorrer, e assim a criança obter um maior controlo de si, o que lhe permitirá desenvolver a autoconfiança para reagir a futuros estímulos que produzem stress ao

sistema. É importante que o enfermeiro esteja atento e se mantenha atualizado, de forma a conseguir transmitir uma resposta à criança quando esta tem dor ou está desconfortável. O enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com a criança, mantendo assim uma maior proximidade com esta e com a sua família. Deve assim identificar as mudanças no comportamento da criança, quando esta tem dor e por isso ter a capacidade de a avaliar corretamente e proporcionar estratégias para o alívio da mesma (Kanai & Fidelis, 2010). Segundo o GOBP,

a dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção. É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente. Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando de intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo (OE, 2013; p.13).

Os pais são quem melhor conhece a criança e podem ajudar não só na elaboração da história de dor dos seus filhos, mas também na utilização das diferentes estratégias não farmacológicas no controlo de dor, permitindo assim um alívio mais concreto e eficaz da mesma, pois “conhecer o modo como a dor na criança pode ser influenciada ajuda os profissionais de saúde a avaliarem e a planearem estratégias de tratamento eficazes” (Batalha, 2010, p.21). É importante que o EEESCJ reconheça na sua prática a tríade que, tal como refere Jorge (2004) é “constituída entre pais, criança e equipa assistencial, que permanecerá em constante interação da qual todos beneficiarão” (p.67). As reações da criança à doença e à hospitalização dependem principalmente do nível de desenvolvimento psíquico aquando da hospitalização, do nível de apoio familiar, da doença e das atitudes dos profissionais de saúde (Straub, 2005). Conforme a faixa etária, a criança entende a hospitalização de forma diferente, prevendo-se que nos primeiros anos de vida, pela sua vulnerabilidade inerente, têm menos mecanismos de resistência ao stress, possuindo assim uma maior dificuldade de apropriação a diferentes ambientes. Segundo Sanders (2014) “os principais stressores da hospitalização incluem a separação dos pais e ente queridos; o medo do

desconhecido, a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte” (Hockenberry & Wilson, p. 1026). Assim, a etapa do desenvolvimento, as experiências anteriores, os mecanismos de defesa inatos ou adquiridos, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio, influenciam a reação do sistema no momento da doença e hospitalização. A enfermagem ao intervir perante situações de desequilíbrio desenvolve o cuidado no sentido de mobilizar estratégias que visem a manutenção da saúde, do equilíbrio e da harmonia. O enfermeiro tem o dever de acompanhar todos estes processos, de uma forma constante, com saberes próprios suportados pela evidência científica, baseando-se no respeito pela dignidade humana e pela especificidade de cada um. Desta forma, a abordagem da gestão diferenciada da dor na perspetiva do Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman justifica-se pela visão do sistema (criança/jovem e família), que interage com o meio, e é afetado por stressores, como a dor, que podem provocar o desequilíbrio.

Neuman afirma que as intervenções de enfermagem devem surgir durante o desequilíbrio, potenciando os recursos da criança/jovem e família para que atinja o equilíbrio do seu sistema, mas também na fase de equilíbrio, permitindo a manutenção do equilíbrio ou homeostasia. Este modelo foca-se nos stressores e na reação do sistema face aos mesmos, procurando minimizar os efeitos do stress sobre a saúde do cliente. Segundo este modelo existe uma estrutura básica do núcleo, que integra as variáveis fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais; existem linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica e que exibem os fatores internos, que protegem contra os stressores; existe uma linha normal de defesa, que se refere ao estado adaptativo normal, e uma linha flexível de defesa, correspondente à barreira protetora dinâmica, que evita que os agentes stressantes atravessem a linha de defesa do núcleo. Neste modelo, a pessoa é definida como um sistema total, multidimensional e dinâmico em constante interação com o ambiente (Neuman & Fawcett, 2011; Pearson e Vaughan, 1992; George, 2000).

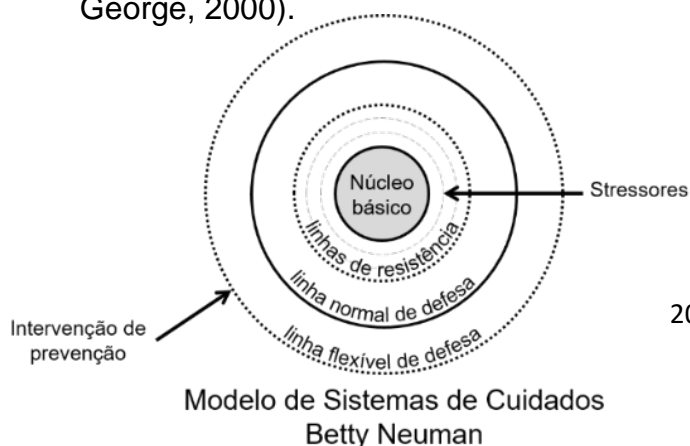


Figura 2 – Modelo de Sistemas de Cuidados Betty Neuman

Neuman define a enfermagem como uma profissão que presta assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, atingindo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o seu equilíbrio, em qualquer situação que se encontra a pessoa (Neuman & Fawcett, 2011). Assim, as intervenções de enfermagem, para a gestão diferenciada da dor deverão centrar-se na promoção e manutenção de fatores de proteção da criança/jovem e família, tentando equilibrar ou mesmo anular os fatores de risco, evitando o desequilíbrio do sistema, promovendo assim o bem-estar da criança/jovem e família. Nesse sentido, os objetivos dos cuidados delineados pelo enfermeiro devem ser coerentes com as necessidades expressas pela criança/jovem e família, existindo espaço para a negociação tendo em conta as crenças, os valores e as prioridades de cada interveniente, numa lógica de cuidados apropriados e culturalmente sensíveis que envolvem a criança/jovem e a família nos processos de tomada de decisão (McDowell, 2011). Portanto, o EEESCJ deve focalizar a sua atenção no conhecimento da criança e na minimização dos stressores da hospitalização, tentando encontrar formas de atenuar o sofrimento do cliente pediátrico. De acordo com Hesbeen (2000), qualquer plano de cuidados ou terapêutico só poderá ser apreciado como legítimo se tiver em consideração a criança como parte integrante de uma família, bem como objetivos que lhes façam sentido alcançar.

As atividades lúdicas e expressivas podem surgir como uma estratégia para minimizar o stress da criança doente e/ou hospitalizada. O brincar é um fenómeno natural e complexo que serve a várias funções, entre elas a comunicação, assim, as atividades lúdicas podem ser utilizadas como instrumento para restabelecer a relação de ajuda, na medida em que facilita a expressão não-verbal da criança. (Neman & Souza, 2003). Brincar é comunicar, é uma experiência rica e complexa, é um ato espontâneo que ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Ao brincar, a criança desenvolve o sentido de si própria e dos outros, o seu conhecimento do mundo físico e a sua habilidade para comunicar com os seus pares e com os adultos. O brincar “assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma atividade

atenuante dos stressores da hospitalização” (Pereira et al. 2010, p.26). Ao brincar, a criança comunica, liberta-se de medos, da frustração e da ansiedade, através da revelação de pensamentos e sentimentos, podendo igualmente promover diversão, satisfação e espontaneidade, mantendo a harmonia entre os fatores internos e externos do ambiente, aumentando a energia disponível no sistema para o expandir e reforçar.

A experiência da dor, de acordo com o RPQCEESCJ, é hoje considerada na sua complexidade, área de atuação particular dos EEESCJ, otimizando-se a gestão da dor, quer das medidas farmacológicas, quer da prescrição e implementação das diversas medidas não farmacológicas (OE, 2011). A adoção de medidas de controlo, de avaliação, prevenção e alívio da dor, bem como a gestão de fatores passíveis de influenciar a sua perceção constituem um foco de atenção, pelo que é incutido aos enfermeiros a necessidade de mobilização de saberes e práticas para que a criança beneficie do direito de não sentir dor. De facto, a prevenção e alívio da dor na criança constituem uma questão ética e um dever que valoriza as intervenções de enfermagem, atribuindo-lhe um sentido de complementaridade do cuidar, e contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O 5º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada refere que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC,1998).

As estratégias não farmacológicas no controlo de dor que o enfermeiro pode aplicar, pretendem diminuir a perceção do estímulo doloroso, funcionando como medidas de modelação na perceção da dor, enquadrando-se na teoria do portão de controlo de Melzack e Wall (1965). Esta teoria explica o fenómeno doloroso ao propor a existência de múltiplos filtros que acentuam ou diminuem a intensidade da dor, referindo ainda que determinadas perceções sensoriais contribuem para a sua modelação (calor, frio, massagem), enquanto outras condições chegam mesmo a inibir (concentração, relaxamento, distração) a recessão do estímulo doloroso. Segundo a teoria quando o portão se fecha, a dor diminui ou cessa e quando o portão se abre a dor é percebida ou aumentada.

Portanto, as medidas não farmacológicas no controlo da dor enquadram-se nas intervenções autónomas que, de acordo com o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) são “realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações

profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem” (artigo 9º). Por outro lado, o Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ (OE, 2010a) enumera nas alíneas E2.2., E2.2.1, E2.2.2. e E2.2.3 o dever de fazer a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” mediante a aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança”, garantindo a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p.4).

Jacob (2014) sugere que “o subtratamento da dor na criança está relacionado com práticas inconsistentes na avaliação da dor, a administração de analgésicos em níveis subterapêuticos, intervalos prolongados entre medicamentos e a falta de acompanhamento e avaliação sistemática da dor” (Hockenberry & Wilson, p.188). De facto, estudos recentes, como mais à frente se pode verificar, corroboram a percepção de que a negligência no controlo da dor ainda é um problema. Em 2006, um estudo de Luís Batalha concluiu que mesmo após ter sido considerada 5º sinal vital pela DGS, ainda era vigente o subtratamento da dor em idades pediátricas e este facto deve-se à falta de sensibilização e formação dos profissionais de saúde sobre o tema, que se traduz na prática, por um não reconhecimento do problema. Posteriormente um estudo de 2013, igualmente de Luís Batalha, conclui que a prevalência da dor reduziu comparativamente aos estudos anteriores, existindo um registo da avaliação da intensidade da dor em maior percentagem, e uma maior percentagem de colheita de informação sobre a história de dor, embora ainda direccionada para o modelo biomédico. Porém, embora a prevalência das intervenções farmacológicas não se tenha alterado, as intervenções não farmacológicas prescritas e implementadas baixaram significativamente. Conclui-se que, as ações de formação e de sensibilização realizadas no âmbito das políticas implementadas nos últimos anos, na área da avaliação e controlo da dor pediátrica, geraram evidentes ganhos na qualidade de cuidados prestados, pelo que o investimento em formação deve continuar.

Também, Mendes, Silva, Ferreira, & Silva (2014) realizaram um estudo qualitativo, do tipo descritivo, num serviço de medicina pediátrica de Lisboa, com o intuito de analisar se os enfermeiros utilizam as medidas não farmacológicas de

alívio da dor, em crianças dos três aos cinco anos de idade, e quais os fatores que influenciaram essa utilização. Da análise dos resultados, conclui-se que a maioria dos enfermeiros utiliza moderadamente as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, sendo as sensório motoras (a presença dos pais) as mais utilizadas, e as físicas (massagem, aplicação de frio/calor) as menos utilizadas. Quanto ao efeito das medidas, a maioria dos enfermeiros considera que o seu efeito é moderado, sendo que os restantes consideram-nas pouco eficazes. A maioria dos enfermeiros estão sensibilizados para a prevenção da dor, mas apenas a percebem através da sua verbalização e da expressão corporal. Mendes et al (2014) concluem no estudo que existe uma nítida negligência em relação à avaliação fisiológica, à avaliação psicológica e à avaliação através das escalas de dor, o que pode determinar o subtratamento da dor, que pode estar relacionada com a falta de formação dos enfermeiros do estudo.

Ainda Batalha et al (2014) realizaram um estudo observacional, descritivo, transversal com consulta retrospectiva de registos efetuados pelos enfermeiros em crianças até aos 18 anos. Dos 830 processos analisados, a história de dor foi registada em 47,8% sendo bem elaborada, e em 8 horas o registo de avaliação da dor foi de 36,7%. A escolha da escala de dor foi adequada em 59,3% das situações, e cerca de 79,9% das crianças não manifestou ou tinha uma dor ligeira. Houve um bom controlo da dor em 92,5% dos casos, sendo que em cerca de 42,2% dos casos houve registo de intervenções farmacológicas, e em 15,8% de intervenções não farmacológicas. Conclui-se que nos últimos anos os cuidados melhoraram, mas ainda refletem falhas ao nível da informação colhida na história de dor, o que reflete um desconhecimento do sistema na sua totalidade, para a planificação e implementação de intervenções de enfermagem adequadas. Existem igualmente lacunas na avaliação da intensidade da dor e na tomada de decisão para uma prescrição de intervenções criteriosas em função do resultado dessa avaliação.

A evidência científica (Mendes et al 2014; Batalha et al.,2014; Groenewald, Rabbitts, Schroeder, & Harrison, 2012) demonstra que de facto ainda existe um longo caminho a percorrer, que privilegie a metodologia com prescrição criteriosa, registo, avaliação e reavaliação, assim como uma prescrição de intervenções orientadas pela avaliação e história da dor, e uma atuação orientada por protocolos multidisciplinares.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Inerente ao percurso de desenvolvimento surgem um conjunto de competências gerais e específicas, emanadas pela OE, e sobre as quais a minha prática se tem integrado ao longo desta caminhada. De acordo com os níveis de competência de Patrícia Benner, um perito deve possuir um conhecimento não só perceptivo, mas fundamentado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhe permita prestar cuidados individualizados de uma forma holística (Benner, 2005). Explicita-se o percurso percorrido, onde o objetivo primordial é a aquisição de competências que me permitam alcançar um nível de competências, que ainda em processo de construção, se vai transformando de proficiente a perito. Para a operacionalização deste estágio, procurei desenvolver competências específicas de EEESCJ (OE, 2010a) nos domínios:

- a) Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (p.2).

Uma prática baseada na evidência deve ser orientada pela pesquisa e a análise das dificuldades do contexto da prática, promovendo a aquisição de competências. Partindo do autodiagnóstico das competências a desenvolver, procurei identificar uma área problemática de interesse para a enfermagem e para a melhoria dos cuidados. Os contextos da prática foram selecionados com base na possibilidade de concretização dos objetivos propostos e com o desígnio da procura de respostas às inquietações pessoais e profissionais. Com as experiências de estágio procurei garantir a diversidade de experiências necessárias à aquisição das aprendizagens para o desenvolvimento de competências de EEESCJ. Assim, selecionei 5 locais para estágio, organizados cronologicamente no período de 28 de Setembro de 2015 a 14 de Fevereiro de 2016, de acordo com o cronograma que se apresenta em apêndice - 1) Cronograma de estágio. Portanto, nos diferentes contextos da prática utilizei a pesquisa bibliográfica, a participação nos cuidados, e a reflexão na ação e sobre a ação, para atingir os objetivos definidos.

Com base em dois objetivos gerais delineei objetivos específicos para os diferentes contextos da prática. Os objetivos específicos, as atividades a concretizar em cada contexto da prática clínica e os recursos encontram-se pormenorizados em apêndice – 2) Objetivos específicos dos locais de estágio e plano de atividades.

Objetivo geral - Desenvolver competências específicas de EEESCJ, visando a intervenção de enfermagem de especial complexidade à criança/jovem e família, para a promoção da adaptação, do desenvolvimento e do equilíbrio deste sistema, sujeito a stressores.

Objetivos específicos:

- Analisar a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, para a compreensão da gestão da dor;
- Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, em permanente interação com o meio, e afetados por diferentes fatores de stress;
- Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, atuando em conformidade;
- Promover a vinculação de forma sistemática, através da utilização de estratégias promotoras do envolvimento dos pais na prestação de cuidados;
- Apreciar o crescimento, o desenvolvimento e as necessidades da criança/jovem e família, para a sustentação dos cuidados antecipatórios, na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Objetivo geral - Desenvolver e aprofundar competências na gestão diferenciada da dor da criança/jovem.

Objetivos específicos:

- Identificar intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a minimização da dor no contexto da hospitalização;
- Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, enfatizando o bem-estar da criança/jovem e a gestão diferenciada da dor, nomeadamente pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de prevenção e controlo da dor;
- Empoderar o sistema, criança/jovem e família, para a gestão de processos específicos de saúde/doença;
- Uniformizar princípios orientadores para a gestão diferenciada da dor ao nível da prevenção, da avaliação, da intervenção, da reavaliação, e do registo.

2.1 Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN)

O estágio foi realizado por um período de 4 semanas e desenvolveu-se com base nos objetivos específicos delineados na fase de projeto, sem existir necessidade de reformulação dos mesmos.

A UCERN pertence a um Hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde e serve uma população de cerca de 278 mil habitantes. A missão do mesmo é prestar cuidados de saúde a recém-nascido (RN) até aos 28 dias de vida, no respeito pela individualidade, baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência.

Nos últimos anos tem-se verificado um decréscimo da taxa de natalidade (INE, 2014) percebendo-se que a população está envelhecida e que na sua maioria as famílias têm filhos únicos nos quais são centralizadas inúmeras expectativas (Cordeiro, 2013). Assim, as famílias são cada vez mais constituídas por adultos e, de uma maneira geral por famílias nucleares.

Com o nascimento de um filho o número dos elementos da família aumenta e surgem novos papéis, transformando as relações entre os membros dessa família. A vinculação e a parentalidade são conceitos fundamentais para o EEESCJ dado que são elementares no domínio dos CCF. A assistência à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente, nas etapas significativas da vida dos seus elementos, tornar-se mãe e tornar-se pai, surge como uma prioridade para o enfermeiro (Meleis, 2010).

De acordo com Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2011) a parentalidade define-se como a responsabilidade de ser mãe ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel. A parentalidade pode ser influenciada por múltiplos fatores, desde as experiências anteriores, à relação entre o casal, aos valores, à condição socioeconómica, ao suporte familiar e à idade dos pais, pelo que o EEESCJ deve direccionar a sua atuação com base nestas condicionantes. A parentalidade é uma transição considerada normativa no ciclo familiar, no entanto, mesmo numa gestação de termo e sem intercorrências no parto, o nascimento de um filho implica uma reorganização afetiva e funcional no seio familiar.

Por outro lado, a vinculação define-se como a ligação entre os pais e o filho, com a criação de laços afetivos (ICN, 2011). Porém, se a este acontecimento se associa o nascimento de um Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) ou de RN doente, o afastamento físico pela hospitalização (stressor extrapessoal) parece ser acompanhado de um distanciamento emocional, estando a vinculação e a parentalidade comprometida. De acordo com o RPQCEESCJ (2011) o EEESCJ tem o dever da “implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais” (p.9) e neste sentido tem o dever de intervir para prevenir a desadaptação (prevenção primária). Todavia, o aspeto frágil do RN que não foi idealizado durante a gravidez origina sentimentos de insegurança e ansiedade nos pais (Souza, Araújo, Costa Carvalho & Silva, 2009). O RN doente e o RNPT têm ainda um risco acrescido de vida pelos problemas a diferentes níveis fisiológicos (stressores intrapessoais), no entanto, os progressos médicos permitem que cada vez mais sobrevivam RNPT com idades gestacionais e peso ao nascer, cada vez mais baixos (Guimarães & Monticelli, 2007). Este propósito adquire consistência nos dados do INE (2015) que revelam um aumento da percentagem de nados vivos de baixo peso (inferior a 2500g), que representam 8,7% do total dos nascimentos com vida em 2014. Por outro lado, dados igualmente do INE (2015) revelam que a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 3,4 óbitos por mil nados vivos em 2012 para 2,8 por mil, em 2014.

No contexto de estágio são assistidos em maioria os RN provenientes da mesma instituição que necessitem de vigilância ou cuidados especiais, quer sejam oriundos da Urgência Obstétrica ou Urgência Pediátrica, mas também do Internamento de Pediatria e Berçário. Usufrui da colaboração de especialistas de cardiologia, cirurgia, genética, neurologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia, entre outras especialidades, e conta ainda com a colaboração de serviços de apoio social, dietética e fisioterapia. As patologias mais frequentes são a prematuridade, a síndrome de dificuldade respiratória, risco infeccioso, atraso de crescimento intrauterino, malformações congénitas, hiperbilirrubinémia, entre outras. Neste âmbito, os focos de atenção de enfermagem que se destacam no sistema – cliente são: amamentação, aspiração, sucção, desidratação, dor, parentalidade, desenvolvimento infantil e úlcera por pressão.

A UCERN acolhe o RN que necessita de cuidados especiais por prematuridade ou doença. Apresenta um limite de treze vagas distribuídas por uma sala de cuidados especiais com cinco incubadoras para cuidados intensivos e sete incubadoras para cuidados intermédios, tem ainda uma sala de isolamento com capacidade para um RN. O espaço comum de intensivos e intermédios é amplo e com luminosidade natural existindo um cuidado de toda a equipa de profissionais em minimizar o ruído e a luminosidade com o aforismo de prevenir a desadaptação (prevenção primária) ou restabelecer a adaptação (prevenção secundária) após a manipulação ou procedimento.

Existem alguns procedimentos pré definidos de três em três horas, como a alimentação, vigilância de sinais vitais, alteração de posicionamento (stressores interpessoais), sendo que posteriormente à sua execução são minimizados os estímulos ambientais como a luz e o ruído (stressores extrapessoais) de forma a diminuir o impacto dos restantes stressores aos quais o RN está inevitavelmente exposto face à sua condição clínica (stressores intrapessoais). Peng et al (2014) explicitam no seu estudo que os RNPT apresentam diferentes comportamentos de stress em resposta aos diferentes estímulos ambientais, como a luminosidade, o ruído e os procedimentos, dando enfoque à importância da minimização destes estímulos ambientais e à alternância de posicionamentos para a diminuição do stress do RNPT e manutenção do seu conforto, procurando respeitar os ciclos de sono-vigília. Este modelo de intervenção é corroborada na orientação técnica n.º 24/2012 da DGS que define que para o controlo da dor no RN os profissionais de saúde devem:

gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress: controlar a luz e o ruído ambiental, agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília; colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente; realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes (p.1).

Ainda que o peso da tecnologia da envolvimento da UCERN pudesse confinar para o cumprimento de tarefas técnicas e físicas (modelo biomédico), o que se evidenciam são cuidados orientados para o cuidar (modelo holístico), que concorrem com a conceção de Jean Watson que menciona que os cuidados de enfermagem são constituídos pela relação interpessoal que permita um encontro autêntico entre

quem cuida e é cuidado, existindo contato com o emocional e o subjetivo da pessoa (a essência do cuidar), e pelos meios (técnicas, protocolos e formas de organização), acessórios para a prática do cuidar (Watson, 2002).

Frequentemente existe a necessidade de puncionar o RN, para avaliação da glicemia capilar, avaliação analítica, ou punção para cumprimento de antibioterapia e/ou soroterapia. Para estes procedimentos observei a existência de estratégias, por parte da equipa, de planeamento individualizado da intervenção para o controlo da dor do RNPT ou do RN doente. Assim, Watson (2002) reforça a importância da abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa, que integra as partes num todo significativo. Neste sentido, parece-me pertinente evidenciar que cada criança é um ser único e irrepetível, com a sua história de vida e com as suas experiências de dor, em que o cuidar poderá ser caracterizado como um verdadeiro encontro com o outro, numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia pela compreensão das especificidades.

Sempre que possível os procedimentos são realizados por dois intervenientes (o profissional e um dos pais, ou dois profissionais) sendo que um deles promove a contenção do RN e o outro executa o procedimento. Este procedimento vai ao encontro da evidência que refere que “os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando precauções de deixar uma pessoa oferecendo suporte contínuo (contenção) ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), e desde que devidamente orientados a serem cautelosos durante os cuidados, e a manterem todas as interações, dentro da tolerância do RN” (Cordeiro & Costa, 2014, p.191). No contexto da prática é igualmente utilizada a sucção não nutritiva com chucha associada à administração da solução oral de sacarose a 24%, verificando-se um aparente efeito benéfico no que concerne à minimização da dor. Descrevo como aparente efeito benéfico porque embora sejam valorizadas pelos enfermeiros as intervenções autónomas de minimização da dor, a prática por vezes não é orientada e sistemática. A vigilância e a monitorização da dor da criança durante e após a realização do procedimento doloroso nem sempre é registada, e a administração da solução oral de sacarose 24% é realizada de um modo empírico. Assim, a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, verbalizaram a necessidade da execução de uma norma de procedimento com orientações para a gestão da administração da mesma solução, norma esta que foi executada por mim, de acordo

com o *layout* hospitalar (Apêndice 3 - Gerir a administração de sacarose a 24%). Ao longo do estágio a norma foi divulgada aos diferentes elementos da equipa de enfermagem, existindo espaço para discussão e sensibilização acerca das diretrizes do procedimento, aguardando-se no final do estágio a validação junto da direção de enfermagem.

De facto, vários autores corroboram do parecer de que a utilização da sacarose tem efeito benéfico em RNPT, RN de termo e nos lactentes que sejam submetidos a procedimentos que se julgue ser desconfortável e ou doloroso como a punção venosa, capilar, arterial ou lombar, a administração de injeções de medicamentos, as imunizações, entre outros (DGS, 2012; Fernandes, Campbell-Yeo, & Johnston, 2011; Hatfield, Chang, Bittle, Deluca, & Polomano, 2011; Kassab, Roydhouse, Fowler, & Foureur, 2012; OE, 2013). A administração da solução de sacarose oral a 24% enquadra-se nas intervenções não farmacológicas e pode alterar as variáveis fisiológicas e comportamentais de dor no RN e lactentes sujeitos a procedimentos dolorosos. Fernandes et al. (2011), Hatfield et al., (2011), Kassab et al., (2012) nos seus estudos propõe que este mecanismo de ação resulta da libertação de endorfinas que reduzem a transmissão de sinais de dor para o sistema nervoso central. Por outro lado, o uso associado de sucção não nutritiva com chucha à administração da solução de sacarose a 24% por via oral nos dois minutos antes do procedimento doloroso inibe a hiperatividade e modela o desconforto, facilitando a organização neurológica e emocional da criança (Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010; DGS, 2012; Kassab et al., 2012; Liaw et al., 2013; OE, 2013). Outro aspeto a ter em conta é o volume a administrar face à idade gestacional da criança, que no contexto da prática por vezes se verificava a administração da totalidade da unidose de 2ml. Assim, a realização da norma de procedimento também permitiu a sensibilização da equipa para a minimização do risco de hiperglicemia. Neste contexto, desenvolvi aptidões enquadradas no RCEEEESCJ (OE, 2010a) “E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (p.4), dado que apliquei conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança, apliquei conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor, fundamentei a ação em evidência científica, e ainda contribui para a melhoria da prática clínica evitando complicações.

Os stressores enumerados são passíveis de ser minimizados e controlados com a utilização das estratégias não farmacológicas expostas, enquadrando-se na conceção de CNT e no descrito pela OE (2013).

O RN doente e o RNPT nas primeiras horas, dias ou meses de vida, precisaram de vigilância em unidades de cuidados intensivos ou intermédios, passando por um ambiente invasivo, privado de afetos que dificultam a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais, podendo mesmo, segundo Hockenberry & Wilson (2014) vir a sofrer alterações no seu desenvolvimento resultantes do ambiente demasiado estimulante para as suas capacidades de integração ao meio que o rodeia, uma vez que também o seu sistema nervoso é imaturo. O internamento gera nos pais sentimentos de preocupação e ansiedade inerentes à fragilidade e instabilidade do seu bebé, mas estas preocupações vão sendo redirecionadas, dado que novas tarefas são naturalmente impostas, como por exemplo, trocar agora a fralda fora da incubadora, dar o banho numa banheira ao invés do banho numa taça, entre muitos outros procedimentos inerentes à apropriação do seu novo papel. Envolver os pais nas tarefas promove o cuidado ao filho e reforça positivamente a interação, promovendo a relação saudável entre os pais e o RNPT ou o RN doente. Os conhecimentos e aprendizagens dos pais têm que ser colocados em prática, transitando-se dos ensinamentos para a instrução e o treino, aptidões estas inerentes ao cuidar do RN, deixando os pais de uma outra forma angustiados pela necessidade de aquisição de novas competências. Por outro lado, estas competências permitem aos pais estarem preparados para receber em casa o seu filho, e compete ao enfermeiro antecipar as necessidades de cada RN e família. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESCJ no âmbito da unidade “E1.1.Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” (p.3), dado que procurei intervir na orientação dos pais, favorecendo a autonomia, a capacitação e o empoderamento para a tomada de decisão nos cuidados.

A promoção da interação precoce entre os pais e o RNPT pode iniciar-se pelo toque, o dar colo, passando ao contato pele com pele com a massagem, todas elas são estratégias de promoção da ligação entre pais e filho. A massagem promove a vinculação através da interação positiva contrariando os stressores, encontrando o

equilíbrio, proporcionando bem-estar ao RN através da prevenção da desadaptação (prevenção primária). Na UCERN preconiza-se o envolvimento e participação dos pais nos cuidados aos recém-nascidos, existindo um planeamento diário da alimentação, cuidados de higiene e de conforto que abrangem o dar colo, o embalar, o tocar e interagir de acordo com a situação clínica. Os pais podem permanecer 24 horas na unidade e existe um sistema de vigilância – Babycare, em que os pais a partir de casa podem manter o contato visual com os seus filhos.

A relação entre os pais e o RN internado na UCERN assenta na complexidade que lhe esta inerente, havendo lugar a uma progressão do toque ao RN até à interação integrada nos cuidados. Contudo, no RNPT ou no RN gravemente doente existem limitações, dado que o toque pode produzir efeitos adversos no RN, desorganizando-o, causando-lhe desadaptação, em vez de o tranquilizar, prevenindo a desadaptação. Portanto, a utilização de estratégias para promover, sempre que possível, o contato físico entre os pais e o RN, e a negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito do RCEEEESCJ (OE, 2010a) “E3.2.Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (p.5).

As situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte surgem inesperadamente, e neste contexto da prática tive a oportunidade de presenciar alguns momentos e até mesmo participar nos cuidados. De facto, é crucial que os enfermeiros possuam competências e conhecimentos para atuar em conformidade. Benner (2005) consolida a apreciação esclarecendo que este “domínio de competência inclui a capacidade de apreender rapidamente o problema, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível” (p.136). Estas situações podem ser difíceis tecnicamente mas são igualmente repletas de uma carga emocional, pelo que requerem treino, de forma a aperfeiçoar os cuidados para que sejam eficazes e de qualidade, minimizando possíveis consequências negativas. No contexto da prática clínica, as situações de instabilidade das funções vitais foram frequentes, pelo que recordo alguns momentos que marcaram o meu percurso, pela tomada de consciência e reflexão das experiências vividas. Um dos RNPT pelo qual estava responsável, com supervisão da enfermeira orientadora, que

aparentemente tinha um percurso estável, sem qualquer intercorrência até ao momento, tinha sido nessa manhã transferido de intensivos para intermédios, para completar a sua aquisição de autonomia alimentar por prematuridade de 35 semanas de idade corrigida. Sem que nada o fizesse prever, inicia um quadro de hipotonia, com maior descoordenação na sucção e deglutição. Em poucas horas verifica-se um agravamento da sintomatologia, associando-se dificuldade respiratória e aumento da temperatura corporal. O RN agrava o quadro de prostração, ficando com hipoxia e gemido, pelo que lhe foi de imediato puncionado um acesso venoso periférico, colhido sangue para avaliação analítica, iniciada oxigenioterapia, foi realizada punção lombar e iniciada antibioterapia. Procurou-se atender aos sintomas, mantendo sempre uma comunicação esclarecedora, tranquilizadora e positiva com os pais, criando sentimentos de segurança. O mostrar disponibilidade para escutar e esclarecer os pais revela-se primordial na criação de laços de confiança necessários para um processo impregnado de todas aquelas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000). Esta experiência, entre muitos outros momentos, promoveu a consolidação de competências no âmbito da comunicação “E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010a, p.5).

De facto, a avaliação da criança é primordial para o diagnóstico e para a atuação rápida e eficiente. Benner (2005) afirma que “as enfermeiras peritas antecipam os problemas que podem surgir (...) mas é preciso alimentar os conhecimentos adquiridos” (p.131), isto é, são necessárias competências teóricas e técnicas, para ser capaz de identificar o problema, estabelecer rapidamente prioridades, para agir com confiança face as situações imprevisíveis. Assim, de acordo com o descrito no RCEEEESCJ (OE, 2010a) esta situação permitiu-me consolidar competências do tipo “E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (p.4), dado que me permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e uma resposta pronta antecipatória.

No âmbito da mobilização de competências importa salientar o saber experiencial adquirido, inerente a 11 anos de exercício profissional num Internamento de Pediatria. A experiência foi obtida através da prática de cuidados num serviço privilegiado por acolher RN provenientes da Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais, pelo que poderá ter-se revelado uma mais-valia para o decorrer do estágio. De facto, o estágio constituiu um importante momento de aprendizagem, que permitiu não só aplicar os conhecimentos alcançados ao longo do percurso profissional, como também partilhar o saber e as experiências com outros profissionais, enriquecendo desta forma a prática com novas experiências e competências pessoais e profissionais. Assim, o cuidar em enfermagem resulta da interação de diferentes padrões de conhecimento, pessoal, ético, estético e empírico (Carper, 1978), entendendo-se como um saber “utilizar as capacidades adquiridas das formas mais diversas” (Basto, 2005, p.27).

2.2 Internamento e Urgência de Pediatria

Os estágios foram realizados em períodos diferentes e tiveram a duração de 5 semanas para o Internamento e 3 semanas em contexto de Urgência. Os 2 contextos pertencem ao mesmo Hospital e pelas características da dinâmica na sua vertente organizacional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática para a compreensão da gestão da dor, decidiu-se construir em conjunto a reflexão crítica aludindo às atividades e competências adquiridas e desenvolvidas. Os objetivos específicos delineados na fase de projeto não necessitaram de ser reformulados.

O Internamento e a Urgência de Pediatria pertencem a um Hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, servindo uma população de cerca de 600 mil habitantes. Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados.

O Internamento tem uma estrutura arquitetónica constituída por duas alas A e B num total de 42 vagas. Participei nos cuidados à criança, jovem e família em ambas as alas. A ala A é constituída por 7 quartos e 6 enfermarias com 17 camas, sendo que 5 são destinadas para cirurgia. A ala B é constituída por 4 quartos, 3 enfermarias com 12 camas, uma unidade de cuidados intermédios com 6 camas, um quarto de isolamento e um berçário com 5 berços.

Quanto à organização do espaço físico existe todo um cuidado no sentido da promoção do desenvolvimento saudável e na minimização do desconforto

psicológico e físico. As paredes dos corredores e dos quartos, das diferentes salas, como que contam histórias, e apresentam personagens mágicas, que encantam as crianças. Existe uma sala de atividades com brinquedos adequados às diferentes idades e todos os quartos têm televisão possibilitando a distração das crianças. Ainda existe um espaço para os adolescentes com meios audiovisuais (computador, playstation, livros) que lhes permite distração, privacidade e momentos lúdicos, considerados benéficos para o contexto da hospitalização (Diogo, 2015).

Quanto à Urgência de Pediatria esta tem uma estrutura arquitetônica constituída por duas 2 salas de triagem, 5 gabinetes médicos, 1 sala de tratamentos, 1 sala de aerossóis, e 2 salas de internamento denominada de Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). Participei nos cuidados à criança, jovem e família em contexto de triagem, sala de tratamentos e aerossóis e ainda na UICD.

Os diferentes espaços físicos que constituem o serviço de Urgência Pediátrica, para além de servirem as necessidades do cliente pediátrico, respeitam a privacidade do mesmo. As salas são coloridas, permitindo um contato acolhedor, um ambiente terapêutico, indo de encontro ao referido no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 89º, que refere que o enfermeiro enquanto responsável pela humanização dos cuidados tem o dever de “b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”, (p.143) mais refere que “o desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro” (p.144). Carius (2010) no seu estudo corrobora com a conceção ao afirmar que “ambientes humanizados e coloridos são essenciais em instituições de saúde e, isto é tanto uma arte como uma técnica. A cor não deve ser um fim em si mesmo, mas um meio estético para proporcionar conforto e tranquilidade” (p.76).

O Internamento e a UICD destinam-se ao internamento de crianças, dos 0 aos 17 anos, de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, sendo o objetivo destes serviços prestar os melhores cuidados de saúde, tentando preservar o bem-estar da criança, do jovem e família. A Unidade Hospitalar aposta em cuidados de excelência, pelo que tem vindo a implementar alguns projetos na área da gestão da dor, razão pela qual despertou o interesse no momento da seleção dos campos de

estágio. Neste âmbito, existem normas de procedimento transversais para todo o Departamento de Pediatria (Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Pediátricos e Neonatais, Urgência Pediátrica e Consulta Externa) nomeadamente:

- Controlo da Dor em Pediatria, que focaliza a abordagem da dor na criança, integrada e multidisciplinar, o que inclui a prevenção, avaliação, tratamento farmacológico e não farmacológico.
- Avaliação da Dor em Pediatria, que transmite orientações gerais e específicas de boas práticas na avaliação da dor.
- Kit sem dor, orientações de utilização de material didático e lúdico adequado às várias idades, destinados ao alívio da dor, ansiedade e medo.
- Estratégias de preparação para os procedimentos e medidas não farmacológicas, orientações das intervenções que podem ser desenvolvidas, escolhendo a técnica mais adequada com base na preferência da criança, nas suas habilidades e no desenvolvimento cognitivo.
- Sedação e analgesia em procedimentos, orientações de utilização farmacológica de prevenção e controlo da dor.
- Administração de sacarose oral, indicações de utilização e descrição do procedimento.
- Utilização do EMLA, indicações de utilização e descrição do procedimento.
- Administração da Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto (MEOPA), indicações de utilização e descrição do procedimento.

Todas as normas de procedimento para o Departamento procuram uniformizar práticas para uma adequada abordagem da gestão da dor tendo como linha de orientação a avaliação de forma regular e sistemática a todas as crianças, o registo sistematizado dessa avaliação, o respeito pela particularidade de cada criança através da construção de uma história de dor, e a promoção da participação da família no processo de avaliação e de controlo da dor. Ao longo do estágio apercebi-me de algumas dificuldades que limitam a implementação do normalizado, isto porque por exemplo, dentro da equipa de enfermagem existem elementos com diferentes estádios de formação e/ou sensibilidade para com a temática, o que se reflete nas práticas. Existe um Núcleo da Dor, constituído por uma equipa de

enfermeiros (um de cada área do Departamento) e de médicos (Pediatra e Anestesiologista) com reuniões regulares que dinamizam protocolos, ações de formação, projetos e material informativo (*flyers*, posters, “cábulas” de bolso) com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados e garantir o direito das crianças da melhor abordagem sobre a avaliação, prevenção e controlo da dor. Existe ainda uma equipa de enfermeiros auditores para o departamento de pediatria que com uma *check-list* subdividida pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado, Readaptação Funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem) diagnosticam a qualidade dos cuidados prestados, utilizando estes dados como mediadores para a adoção de medidas corretivas no seio das equipas. Parte destes dados, focalizam-se em aspetos relacionados com a monitorização de controlo e gestão da dor, pelo que transparecem indicadores de estrutura, de processo, e epidemiológicos. Estes indicadores são elementos capazes de traduzir o contributo do exercício dos enfermeiros, em ganhos em saúde das crianças, no entanto, conforme me pude aperceber, em conversa informal com as chefias de enfermagem, os mesmos não estão a ser tratados, não existindo um diagnóstico da situação atual, o que de facto é imprescindível de ser realizado.

A utilização da MEOPA está indicada para procedimentos que necessitem de analgesia e sedação (DGS, 2012), compreendendo uma abordagem multidisciplinar de prevenção e controlo da dor de intensidade ligeira a moderada em crianças com idade superior a 3 anos, muito utilizada no contexto da prática clínica. A sua utilização foi algo de novo, pelo que procurei presenciar os momentos em que foi aplicada. É utilizado como terapia inalatória não invasiva e deve ser combinada com técnicas não farmacológicas. Tem um início de ação cerca de 3 minutos após a inalação (analgésico, ansiolítico e amnésico) e o efeito é reversível após 5 minutos de se cessar a inalação. De acordo com as orientações normativas para o Departamento de Pediatria a avaliação da dor da criança, dos possíveis efeitos adversos, e a contabilização do tempo de administração é registado numa folha escrita manualmente, anexa ao aplicativo informático, de forma a ser posteriormente mencionada em registos de enfermagem, da eficácia da sua utilização na individualidade da criança em causa. Interroguei-me sobre esta prática, dado que

informações fundamentais para a prática individualizada dos cuidados se podem perder entre os registos manuais e os registos informatizados.

De facto, apercebi-me de que a experiência dos enfermeiros, tanto do Internamento como da Urgência, na utilização do MEOPA permite-lhes assegurar a imobilidade e o relaxamento da criança, diminuindo de uma maneira geral a ansiedade face ao momento potencialmente doloroso. No entanto, o procedimento é realizado sem a presença de um médico, contrariando o descrito na orientação da DGS n.º 22/2012 que refere que a sedação e analgesia deverá ser realizada sob os cuidados de um profissional que saiba manipular a via aérea (anestesiologista ou intensivista pediátrico). Foi questionada esta prática e obtida como resposta que a experiência dos enfermeiros lhes tem conferido autonomia para a realização do procedimento. Autonomia esta que poderá um dia ser surpreendida por algum efeito adverso que poderá pôr em risco a vida da criança.

A utilização em simultâneo com medidas não farmacológicas (cognitivas, com informação prévia adequada; o suporte emocional, pela presença dos pais; as estratégias cognitivo-comportamentais, por exemplo através da imaginação guiada) torna a aplicação do MEOPA numa medida eficaz de prevenção e de controlo da dor, dado que minimiza os movimentos da criança através da sedação consciente e controla a dor através do efeito analgésico.

A doença súbita ou prolongada, que gera a necessidade de hospitalização, produz stress dentro do sistema, causando desequilíbrio ou perturbação da harmonia. A doença (stressor intrapessoal) é um momento perturbador na vida da criança pela interrupção das rotinas, pela presença de equipamentos estranhos e pelo sentimento de não controlo sobre os acontecimentos, pelo que o cuidar em Pediatria é um desafio que deverá ser organizado criteriosamente, respeitando variáveis como a idade, as experiências anteriores, a existência de sistemas de apoio e a gravidade do diagnóstico. Estas variáveis individuais (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais) agem em harmonia e com estabilidade em relação aos stressores externos e internos. No decorrer estágio procurei que a minha prática de cuidados fosse orientada para a minimização do impacto negativo da hospitalização. Procurei reagrupar os cuidados, tendo em atenção o ambiente (luminosidade, temperatura, ruído), restringindo os cuidados

potencialmente dolorosos na cama (local de refugio e conforto da criança), planeando os cuidados de forma a manipular o menor número de vezes possível, apoiando o desempenho do papel parental e favorecendo a participação ativa dos pais (Batalha, 2010). A história de dor, embora não esteja integrada na avaliação inicial, é recolhida pelos enfermeiros e incluída em texto livre, permitindo a recolha de informação que orienta para a planificação dos cuidados individualizados ao sistema. No entanto, com esta prática alguns dados poder-se-ão perder na documentação de informação imprescindível para a individualização dos cuidados. Assim, propus ao elemento dinamizador do grupo da dor a realização de uma cábula de bolso (estratégia já implementada com as escalas de avaliação) para facilitar a colheita dos dados, e para que nenhuma questão fique esquecida. Esta sugestão iria ser colocada na próxima reunião de trabalho do grupo dor, de forma a tornar-se uma cábula de utilização transversal ao departamento. Não houve oportunidade em contexto do estágio, na participação em nenhuma destas reuniões.

De facto, é essencial identificar experiências anteriores de dor, métodos utilizados para o seu alívio, de forma a minimizar a ansiedade da criança, do jovem e família, previamente ao procedimento, validando as suas expectativas através de explicações prévias, honestas, curtas e simples (estratégias cognitivas), facilitando a sua expressão de sentimentos, e, no momento do procedimento, através do uso de estratégias cognitivo-comportamentais (como a distração, a modelagem, e a imaginação guiada) e de suporte emocional (com a presença de pessoas significativas, o toque, medidas de conforto, como acariciar, embalar ou envolver).

Recordo algumas das situações presenciadas, como por exemplo um menino de 8 anos no Internamento, com uma crise vaso-oclusiva por anemia de células falciformes, a ser puncionado na sala de tratamentos, sobre o efeito do MEOPA. As experiências anteriores, o próprio diagnóstico e a idade da criança são algumas das variáveis que influenciam a perceção da dor e o seu comportamento face ao procedimento. Esta criança ao saber que teria de ser repuncionado procura de imediato a sua máscara (reutilizável para adaptação na administração do MEOPA), chamou pela sua mãe e deslocou-se até à sala de tratamentos. Ele próprio verbaliza que quer adaptar a máscara e pede à mãe para ver um videoclip no seu telemóvel

para se distrair. Uns minutos de inalação e o procedimento foi realizado com tranquilidade e colaboração dos intervenientes.

A gestão das emoções antes, durante e após o procedimento devem ser realmente orientadas com a intencionalidade de que a criança mobilize ou desenvolva mecanismos de coping face à situação que está a vivenciar, fazendo-a participar no procedimento, para desenvolver sentimentos de controlo da situação e para que posteriormente consiga lidar melhor com a situação. Chen, Joseph & Zeltzer (2000) corroboram da apreciação de que a eficácia do controlo da dor aumenta quando se usam estratégias de coping da criança, e se previnem as experiências negativas da dor.

Ressalva-se que na literatura (Barros, 2003; Goldman, Hain & Liben, 2006) está presente o conceito de que as crianças pequenas demonstram menor capacidade em adaptarem-se à situação de cuidados. Estas apresentam mais dificuldades em compreender os procedimentos e a hospitalização, e podem mesmo acreditar que os profissionais de saúde as punem por um mau comportamento. No entanto, à medida que o seu desenvolvimento cognitivo lhe permite, a criança vai dominar os processos de pensamento e gradualmente adquire estratégias de coping mais adaptativas à situação de stress. Neste sentido, dar oportunidade de expressar as emoções, reconhecê-las e geri-las (prevenção primária), é um meio para a promoção do conforto emocional da criança e família (prevenção da desadaptação), como sucedeu com o menino de 8 anos que manifestou as suas necessidades (de ter a mãe consigo, ser ele a adaptar a máscara e de necessitar de visualizar um videoclip), minimizou o impacto negativo que poderia eventualmente ocorrer e obteve um controlo de si, o que lhe permitiu desenvolver a autoconfiança. Contudo, esta gestão emocional nem sempre é um processo simples, recordo algumas situações em contexto da sala de tratamentos, da Urgência, em que para procedimentos não emergentes, a sua execução é apressada por condicionantes como o tempo de espera das restantes crianças, o que leva à não cooperação da criança sujeita ao procedimento.

De facto, é imprescindível consciencializarmo-nos de que o ambiente influencia a estabilidade do sistema, pelo que as intervenções de enfermagem, aos diferentes níveis de prevenção devem incidir na procura do equilíbrio. Algren (2014) citado por Hockenberry & Wilson reforça esta apreciação ao afirmar que o

enfermeiro ao permitir que a criança participe poderá economizar minutos suplementares de resistência e de não cooperação da criança durante o procedimento atual e posteriores. No enunciado descritivo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011), no âmbito da satisfação da criança/jovem, existe referência ao dever da “facilitação de uma comunicação expressiva de emoções” (p.19). O controlo das emoções é de facto uma obrigação, implícita na intervenção do enfermeiro, tendo este um papel preponderante na capacitação do outro. Estas experiências corroboraram no desenvolvimento de aptidões enquadradas no RCEEEESCJ (OE, 2010a) “ E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (p.4), dado que apliquei conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual do jovem e apliquei conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor.

A doença (stressor intrapessoal) e a hospitalização na criança gera ansiedade na família (stressores extrapessoal), pelo que é imprescindível apoiar os pais a não se sentirem demitidos do seu papel, envolvendo-os e capacitando-os para os cuidados. Nos contextos da prática existe uma preocupação da equipa no envolvimento dos pais na planificação dos cuidados, nomeadamente na alimentação, nos cuidados de higiene e de conforto, acompanhamento a exames, tratamentos e consultas de acordo com a situação clínica. Durante os cuidados procurei clarificar a criança, jovem e família, transmitindo-lhes informações sobre os cuidados, com linguagem adequada ao desenvolvimento de cada criança tornando-os capazes de tomar decisões envolvendo-os. Neste âmbito importa clarificar que embora comunicar seja inerente ao dia-a-dia, quando nos focalizamos no cuidado de enfermagem este processo torna-se essencial para a relação terapêutica e profissional. Assim, no contexto do cuidar, a informação transmitida deve antecipar e estar ajustada às necessidades, às vivências da criança e dos pais, bem com às dificuldades sentidas na atual situação, pelo que o modo como é transmitida tem impacto no modo como a criança e família irá ultrapassar a situação de desadaptação. Portanto, a comunicação que se estabelece através do diálogo e das mensagens não-verbais é primordial, para que sentimentos como a culpa, o medo e o sofrimento vivenciados pela criança e família sejam reduzidos.

Nesta linha de pensamento revivo uma situação em que uma adolescente de 16 anos internada com uma dor abdominal por cistite (stressor intrapessoal) que em desespero gritava com dor. Após avaliação da dor foram-lhe administrados analgésicos em horário, com tempo de atuação para a analgesia, foi-lhe avaliada a resposta aos mesmos, ajustada a analgesia (paracetamol, cetorolac, seguido de metamizol de magnésio e ainda bólus de morfina) e após reavaliação médica da situação, não existia suspeita de qualquer outra complicação que justificasse o aumento da intensidade da dor. Os pais angustiados com todo o quadro modificam eles também o seu comportamento não conseguindo ajudar agora a filha a controlar a dor, passando também estes a constituírem-se agentes de stress (interpessoal). Nesta situação em concreto após compreensão de que não existia um agravamento da doença que justifica-se a dor intensa verbalizada, houve necessidade de identificar os restantes stressores que estariam a provocar o desequilíbrio do sistema. Foi explicado aos pais o contexto da situação (a inexistência de qualquer situação aguda que justifique a dor intensa) pelo que houve igualmente necessidade de confrontar a criança com os factos, pedida a sua colaboração para a utilização de estratégias de autocontrolo (como o respirar profundamente). Com o passar das horas a jovem conseguiu controlar a sua dor e os pais ficaram mais calmos. No dia seguinte soube que um namoro recente desta jovem não era aceite pelo pai que no dia do internamento (situação descrita) soube da sua existência (stressor interpessoal), que certamente potenciou a desadaptação do sistema. Portanto, o processo de cuidar inicia-se no encontro com o outro, no respeito pela singularidade, na disponibilidade para escutar, responder às questões e informar, dar atenção, apoiar, criando uma relação de confiança que permita a compreensão das especificidades do sistema. Quando a comunicação entre os profissionais de saúde e a família é eficaz (prevenção primária), há redução da ansiedade dos pais e maior propensão para o seu envolvimento, o que favorece a adesão aos tratamentos e a autonomia dos pais (Melo, Ferreira & Mello, 2014).

A doença e a consequente hospitalização da criança é considerada, uma das primeiras crises com que a criança e família se deparam, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Tavares, 2008). Conforme a faixa etária, a criança entende a hospitalização de

forma diferente, prevendo-se que nos primeiros anos de vida, pela sua vulnerabilidade inerente, têm menos mecanismos de resistência ao stress, possuindo assim uma maior dificuldade de apropriação aos stressores extrapessoais. Assim, as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, cognitivas e espirituais (como as experiências anteriores, os mecanismos de defesa inatos ou adquiridos, a gravidade do diagnóstico, o temperamento, o nível cognitivo e o sistema de apoio) influenciam a reação do sistema (criança e família) no momento da desadaptação (como a doença e hospitalização). Tal como pude aperceber-me, a criança de 8 anos pelas experiências de hospitalização anteriores, num contexto de doença crónica, durante a experiência de punção venosa, já identificou mecanismos de coping que lhe permitiram reagir positivamente aos stressores associados ao medo da lesão corporal, característicos desta faixa etária. Por outro lado, com a adolescente de 16 anos, pela inexistência dos sistemas de apoio (entenda-se o pai desagradado com o namoro da filha) influenciou a reação do sistema (criança e família) no momento da desadaptação (a dor foi potenciada pelo stressor interpessoal). Desta forma, o EEESCJ deve focalizar a sua atenção na minimização dos efeitos nocivos da hospitalização (prevenção secundária), tentando encontrar formas de atenuar o sofrimento do sistema e assim restabelecendo a adaptação. Portanto, é essencial tornar os pais parceiros no cuidar, porque eles conhecem a criança melhor que ninguém e podem constituir o elo indispensável entre a criança e o enfermeiro. De facto, conforme descrito no RPQCEESCJ, o EEESCJ tem “como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2011, p.10).

Na prática, para a abordagem da gestão da dor procurei incluir uma avaliação correta usando a escala de avaliação adequada, realizei o seu registo, implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas e reavaliei a dor com a frequência adequada a cada situação, reajustando as medidas terapêuticas. Privilegiei as escalas de auto avaliação (Escala de Faces Wong Baker, para uma população alvo com idade igual ou superior a 3 anos; Escala de Faces revista, para uma população alvo com idade igual ou superior a 4 anos; Escala Numérica, para uma população alvo com idade igual ou superior a 6 anos) sempre que o desenvolvimento cognitivo

da criança e adolescente o permitia, já que consiste, de acordo com Batalha (2010), no modelo de ouro na medição da dor. Na impossibilidade da auto avaliação, utilizei as escalas de heteroavaliação preconizadas no contexto (EDIN, para os recém-nascidos; FLACC – R, para crianças com deficiência profunda e FLACC para as restantes crianças internadas).

No Internamento existe uma sala de atividades, com materiais lúdicos adequados para os lactentes, *todler* e pré-escolar e escolar, e existe ainda um espaço adequado para os adolescentes. Nestas salas a criança e o jovem distanciam-se por momentos dos medos associados à hospitalização, e neste espaço confortável procura-se transmitir sentimentos de segurança, dado que não são realizados quaisquer procedimentos invasivos ou dolorosos. A brincadeira pode funcionar como meio para minimizar o stress da criança que recorre ao serviço de urgência ou que está internada. As brincadeiras em que a criança trata de bonecos como o enfermeiro ou como o médico, administrando injeções ou medicamentos ou avaliando a tensão arterial, fornecem informação sobre a forma como a criança reage. Carvalho & Begnis (2006) referem que há um reconhecimento do brincar como atividade terapêutica, atuando numa transformação do ambiente, do comportamento e, principalmente, da estrutura psicológica da criança, no decorrer do processo de recuperação da doença. Ao brincar, a criança comunica com os enfermeiros, ajudando-a a libertar-se de medos, raiva, frustração e ansiedade, através da revelação de pensamentos e sentimentos, podendo também promover diversão, satisfação e espontaneidade, recuperando a dimensão saudável da criança. Com base nestas interações, os enfermeiros poderão transmitir novas informações, esclarecer as dúvidas e apaziguar os medos; este é o cuidado humanizado (Diogo, 2015). O Kit sem dor, existente na sala de tratamentos do serviço de urgência, na UICD e no Internamento, é constituído por diversos artigos de material didático e lúdico adequado a várias idades, destinado ao alívio da dor, ansiedade e medo, e que possibilitam estratégias não farmacológicas correspondentes às necessidades e preferências das crianças e adolescentes. Estas atividades são expressivas e constituem uma oportunidade para a criança expressar as emoções que daí advém. Mais uma vez importa transparecer a pertinência da inclusão dos familiares nestas estratégias, dado que estas são modificadoras do

impacto da experiência da dor, visto que, se a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar, promovendo portanto os CNT.

2.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

O estágio foi realizado por um período de 3 semanas e desenvolveu-se com base em objetivos específicos delineados na fase de projeto, sem existir necessidade de reformulação dos mesmos.

A UCSP integra-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e tem uma área geográfica que abrange 13 Unidades de Saúde Familiar que garantem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. A escolha da UCSP deveu-se ao facto de se tratar da unidade de saúde na comunidade da área de influência do hospital onde exerço funções, pelo que me interessa perceber a articulação existente entre a comunidade no que respeita aos cuidados à população infantil e juvenil. A UCSP conta com uma equipa de vários profissionais de saúde sendo que todos eles têm famílias atribuídas, prestando desta forma cuidados nas diferentes áreas de atuação, saúde obstétrica, planeamento familiar, saúde infantil, e adulto. O estágio foi realizado no âmbito da saúde infantil, enquadrando-se na consulta de enfermagem de saúde infantil e na vacinação.

Embora se trate de um edifício com infraestruturas adaptadas num prédio de habitação, o apartamento que acolhe a saúde infantil está organizado, nos seus diferentes espaços, no sentido da promoção do desenvolvimento saudável e na minimização do desconforto psicológico e físico da criança, do jovem e família dos quais cuida. As paredes dos gabinetes apresentam personagens que encantam as crianças. Existe um gabinete onde é realizada a consulta de enfermagem de saúde infantil, e outro onde é realizada a vacinação. Ainda existe um cantinho de amamentação, que proporciona um espaço acolhedor às mães que procuram ajuda nesse processo que por vezes se torna tão complicado. A sala de espera tem alguns brinquedos adequados às diferentes idades os quais promovem a diversão, a satisfação e a espontaneidade, ajudando-os a libertarem-se de possíveis medos, promove o desenvolvimento, alegria o ambiente e aumenta a resiliência da criança, dado que o brincar é catalisador no processo de recuperação da capacidade de adaptação da criança ao espaço desconhecido.

No contexto da consulta embora não sejam realizados procedimentos invasivos, o medo do desconhecido é um stressor que pode desequilibrar o sistema e para minimizá-lo procurei adotar algumas estratégias de prevenção. Por exemplo, ao despir uma criança de 5 anos para efetuar a avaliação antropométrica, realizei uma breve preparação através da transmissão antecipada de informações sobre o procedimento, tendo como orientação a concepção de que nesta fase do desenvolvimento as crianças temem as lesões corporais e acreditam na dor como punição (Batalha, 2010). O uso de linguagem adequada ao desenvolvimento da criança, o esclarecimento prévio e a permissão para o envolvimento nos procedimentos permite uma melhor cooperação das crianças. Como enuncia o 4º princípio da Carta da Criança Hospitalizada (exposta na sala de espera), as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão (IAC, 1988).

A consulta de saúde infantil, isoladamente da consulta médica ou precedida da mesma, é um momento onde para além de ser transmitida informação antecipatória promotora da saúde, que responda às necessidades de informação dos pais, com base no preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), são igualmente promovidas as competências parentais através do reforço positivo e conhecimentos inerentes às mesmas. São inúmeras as dúvidas dos pais, pelo que este momento é crucial para a transmissão de conhecimento, validação das aprendizagens e ainda de educação para a saúde. É necessário capacitar a criança, o jovem e a sua família para a tomada de decisão, partilhando informação de acordo com necessidades. Desta forma, o respeito pela autonomia faz-me acreditar que toda a pessoa é capaz de decidir, pelo que temos o dever de esclarecer a criança, o jovem e a família para que sejam capazes de tomar decisões, e assim contribuir para o seu empoderamento. Como refere o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 89º o enfermeiro enquanto responsável pela humanização dos cuidados tem o dever de “a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (p.143).

A profissão de enfermagem tem estado sujeita, ao longo dos tempos, a uma série fatores que têm contribuído para que esta tenha evoluído como profissão autónoma, numa procura constante pela excelência dos cuidados. O PNSIJ, em

vigor desde Junho 2013, é um documento com imensa relevância dado que orienta de forma estratégica os cuidados de saúde à criança e ao jovem, centrando-se na promoção da saúde e na prevenção da doença. Da análise do PNSIJ sobressai a necessidade de reflexão sobre os cuidados que presto na perspetiva da aquisição de competências enquanto EEESCJ, perspetivando a melhoria das práticas. Neste contexto procurei identificar vínculos entre as atividades propostas no PNSIJ e as Competências Específicas emanadas pela OE preconizadas para o EEESCJ, que têm por base a proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, promovendo a aquisição global de competências.

Como prioridades do PNSIJ destaca-se a conjugação entre a calendarização dos esquemas vacinais e as consultas em idades-chave, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde, fazendo assim face aos constrangimentos sociais e económicos, procurando a eficiência de uma vigilância viável e de qualidade. Esta prioridade enquadra-se na competência do EEESCJ “Assiste a criança / jovem e a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010a, p.2). Por outro lado, a adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde, parecem-me mais ajustadas face às mudanças dos padrões alimentares da população pediátrica e ainda face à possibilidade de viabilizar a sua utilização à escala mundial e às necessárias comparações. O enfoque às novas curvas de crescimento enquadram-se na competência do EEESCJ “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010a, p.2).

O PNSIJ ainda atribui uma nova abordagem às questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, às perturbações emocionais, do comportamento e os maus tratos, temáticas prioritárias perante as problemáticas da atualidade. Estas situações constituem um grave problema social de uma imensa complexidade, exigindo uma intervenção precoce, numa perspetiva individualizada, sendo um dos meus maiores desafios. Neste contexto recordei uma situação vivenciada no contexto de uma consulta de enfermagem. Um lactente de 3 meses, seguido desde o nascimento na UCSP veio à consulta acompanhado pela mãe. O pai da criança está a trabalhar em Londres desde há 2 meses e esta mãe é a única cuidadora, dado que não existe qualquer outra família nas proximidades. A mãe mesmo antes da gravidez já

demostrava algumas alterações de humor, pelo que já teria tido acompanhamento psicológico com necessidade de tomar antidepressivos. Aplicada a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, detetou-se que a criança apresentava alguns sinais de negligência, nomeadamente perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais, resultado da aparente incapacidade da mãe. Procurou-se escutar a mãe, tentando perceber a possível existência de sistemas de apoio, ajudando-a e orientando-a no sentido do exercício da parentalidade. A mãe foi medicada e retomou o acompanhamento psicológico. Foi feita uma visita domiciliária com o objetivo de conhecer o meio onde a criança habitava. Dias mais tarde, regressou à consulta, trouxe uma amiga, vizinha do prédio, tendo-se conseguido um elo de suporte para esta mãe. A criança foi sinalizada ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco e já no final do estágio chegou-nos a informação de que esta mãe já teria tido um processo na Comissão de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, foi vítima de abuso sexual em criança pelo pai (já falecido).

Estas situações são de extrema complexidade dada a necessidade de olhar as partes que formam o todo para compreender como se relacionam. De facto, nas situações complexas, segundo Morin (2003), a ênfase está no problema e não na solução linear, exigindo um conjunto de ações dinâmicas, pensadas, refletidas e criativas, incluído uma abordagem geral de uma equipa multidisciplinar, de forma a explorar todas as hipóteses colocadas. Nesta situação em concreto houve necessidade de envolver vários elementos da equipa multidisciplinar (a médica de família, a enfermeira da UCSP, a enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade, a psicóloga e a assistente social) entre outros sistemas de apoio, como a vizinha e amiga do prédio. Estas situações pressupõem uma visão sistémica, uma intervenção individualizada, baseada no pensamento holístico, que encare com flexibilidade a incerteza, a contradição, sendo primordial “levantar hipóteses, testá-las, eliminá-las, enquanto se dialoga com o outro e consigo, recolhe dados, atua, analisa, e rejeita informações” (Martin, 1997, p.25). Ainda Simkiss (2011) referencia a importância da atuação do enfermeiro nas situações de saúde complexas orientadas na transmissão da informação, na identificação e adequação das estratégias de atuação tendo em conta as necessidades, no acesso e coordenação dos recursos existentes, e no apoio emocional da criança, do jovem e

família. Portanto, o EEESCJ tem o dever de atuar perante as situações de especial complexidade nomeadamente na mobilização de recursos para cuidar da criança, do jovem e família, em situações de particular exigência (OE, 2010a). Assim, desenvolvi e adquiri competências no campo de ação da unidade do RCEEEESCJ “E1.2.Diagnostica precocemente e intervém nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança” (OE, 2010a, p.3) através da identificação e da assistência à criança em situação de risco, nomeadamente negligência, maus tratos e comportamentos de risco.

O PNSIJ valoriza igualmente os cuidados antecipatórios, proporcionando aos pais e principais cuidadores conhecimentos essenciais, que lhes permitem de uma forma individualizada prever os comportamentos, orientando-os e envolvendo-os no desempenho da parentalidade. Esta linha de atuação enquadra-se na competência do EEESCJ “Presta de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010a, p.2). De facto, conforme descrito no RPQCEESCJ, o EEESCJ tem “como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2011, p.10). É neste sentido que o envolvimento dos pais e principais cuidadores exige o estabelecimento de parcerias e espera-se que os pais desempenhem o seu papel, como um padrão de resposta aos processos de desenvolvimento. Tive oportunidade de acompanhar algumas famílias com RN que nos primeiros dias de estágio deslocaram-se à UCSP para realizar o “teste do pezinho” (PKU-TSH). Esta primeira abordagem permitiu-me conhecer o RN e a família e posteriormente agendar as primeiras consultas de vigilância, momentos primordiais para a transmissão e consolidação de conhecimentos, e validação das aprendizagens adquiridas. Com estas experiências adquiri competências no âmbito da unidade do RCEEEESCJ “E3.1Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010a, p. 5) através da avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança e pela transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento.

Para cuidar, em qualquer dos contextos de estágio, é imprescindível reconhecer as reações de dor da criança, quer sejam comportamentais, fisiológicas

ou emocionais. De facto, à medida que as crianças adquirem aptidões linguísticas e cognitivas, modificam a sua habilidade para a expressão da dor, mas também os seus comportamentos. Assim, é essencial que seja promovida uma adequada adaptação às situações adversas, pelo que deverão ser utilizadas estratégias que promovam o conforto e o alívio da dor.

Na farmácia da Administração Regional de Saúde (ARS) que fornece a UCSP não existe sacarose solução oral a 24% pelo que no âmbito do meu projeto de estágio me propus e realizei uma exposição por escrito ao Conselho Clínico a solicitar o seu fornecimento, carta apresentada em apêndice – 4) Pedido de fornecimento de sacarose oral a 24%. Explicitei a pertinência da sua implementação enquanto fator determinante para o alívio e prevenção da dor no RN e lactente quando sujeito a procedimentos dolorosos, dando destaque à vacinação. No final do estágio ainda se aguardava resposta ao pedido realizado.

As vacinas são um meio eficaz e seguro de proteção contra certas doenças, mas por outro lado é um procedimento doloroso, gerador de ansiedade (stressor intrapessoal), durante o qual as crianças manifestam perturbação comportamental. Faria & Barros (2012) no seu estudo identificam diferentes formas de expressão e categorização da perturbação comportamental, desde o choro, ao grito, à necessidade de restrição física, à resistência verbal, procura de informação, verbalização de emoção, pedido de apoio emocional, verbalização de medo, ou verbalização de dor. Desta forma, parece-me importante referir que a presença dos pais é relevante pois reduzimos por si só, o medo do desconhecido. Acredito que tenho o dever de compreender as relações entre a família e criança, os seus medos, a forma de se relacionarem e os seus papéis, para assim conseguir maximizar o bem-estar da criança. Faria & Barros (2012) no seu estudo baseado no modelo proximal-distal, do confronto e da perturbação da criança durante procedimentos dolorosos, explica que as variáveis distais (o temperamento da criança, o estilo parental e a preparação dos enfermeiros) e as variáveis proximais (o comportamento dos intervenientes durante o procedimento) relacionam-se entre si de forma a aumentar ou diminuir a probabilidade da criança manifestar perturbação comportamental ou de confronto. Os resultados deste mesmo estudo (Faria & Barros, 2012) parecem indicar que os pais tendem a utilizar a crítica e estratégias

intimidatórias como forma de controlarem a perturbação comportamental do filho, mas obtêm o resultado oposto, pois aumenta essa mesma perturbação. Presenciei algumas situações que testemunham os resultados, em que os pais para além de trazerem os filhos (em idade pré-escolar) omitindo a razão que os levaria à UCSP (sem qualquer preparação ou explicação prévia) ainda os intimidam, verbalizando que as “picas” são reflexo do mau comportamento dos últimos dias. Nestes momentos procurei envolver os pais no processo de negociação com os filhos, transmiti-lhes algumas estratégias possíveis, adequadas ao desenvolvimento e às características de cada criança, para a minimização dos stressores numa posterior experiência. Barros (2010) corrobora da conceção ao explicitar que a não utilização de estratégias eficazes para controlo da dor durante os procedimentos invasivos, mesmo os mais simples como as vacinas, expõe a criança a sofrimento desnecessário e consequências significativas.

Por outro lado, Maccarthy & Kleiber (2006) referem que o stress e a ansiedade da criança e dos adultos envolvidos, pais e profissionais, torna muitas das vezes a execução do procedimento ainda mais complexo. De facto, a dor causada pelos procedimentos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança e para o jovem (Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008) e pode ainda implicar maior stress e ansiedade em futuros procedimentos (Kennedy, Luhmann & Zempsky, 2008). A preparação da criança (estratégias cognitivas) e o envolvimento da família (suporte emocional) para os procedimentos dolorosos revela-se substancial para a promoção e a criação ou consolidação dos mecanismos de coping, fomentando a sensação de controlo, diminuindo a ansiedade e o medo. Para a preparação do procedimento destas crianças procurei conversar sobre os medos e responder honestamente às suas questões (quando me perguntavam se ia doer, respondi sempre, sim vai doer, mas que seria como se fosse um pequeno inseto, “já foste mordido por uma melga?”) procurei uma semelhança com as experiências anteriores de forma a compreender o significado da dor para cada criança em concreto. Procurei explicar o que ia fazer e como me podiam ajudar (“podes chorar mas tens que ter o braço quietinho para me conseguires ajudar”).

Durante a vacinação utilizei como recursos múltiplas estratégias, como a distração, o encorajamento, o relaxamento, o humor (estratégias cognitivo comportamentais), que resultaram positivamente em algumas crianças, dependendo

das especificidades de cada criança e família. O verdadeiro olhar dirigido ao outro (Hesbeen, 2000) parece-me ser mais difícil de ser compreendido neste contexto, especialmente para mim que conheci estas crianças apenas no momento da vacinação, existindo um limite temporal, mais reduzido para compreender experiências anteriores e colher junto da família alguns dados pertinentes para uma melhor abordagem. Neste sentido, parece-me pertinente evidenciar que cada criança é um ser único e irrepetível, com a sua história de vida e com as suas experiências de dor, em que o cuidar poderá ser caracterizado como um verdadeiro encontro com o outro, numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por compreensão das especificidades.

No contexto da prática, no final do procedimento, em função da colaboração da criança, procurei oferecer-lhes uma recompensa (reforço positivo) como por exemplo um autocolante “fui um valente!”, ou um diploma de coragem, isto quando se trata de uma criança em idade pré-escolar ou escolar. Este “prémio” era negociado previamente ao procedimento como estratégia de minimização da perturbação comportamental, tendo muitas vezes bons resultados na colaboração por parte da criança durante o procedimento, funcionando como um elogio pela cooperação.

Neste âmbito, tenho consciência de que a prestação de cuidados deve ser orientada para a eliminação ou minimização dos stressores, como a dor e o desconforto físico e psicológico, sentidos pela criança e família, muitas vezes associado aos processos terapêuticos. A particularidade dos CNT enquadra-se numa visão holística de não causar dano, através da promoção da relação entre pais e criança, da preparação da criança para o procedimento e da promoção da expressividade dos seus sentimentos, mais do que pelo recurso restrito à gestão farmacológica da dor. Estas vivências da prática contribuíram para o desenvolvimento de aptidões enquadradas no RCEEEESCJ (OE, 2010a) “ E2.2Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (p.4), dado que como explicitiei, apliquei conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor.

2.4 Internamento de Pediatria

O estágio foi realizado por um período de 3 semanas, no local onde exerço funções. Esta experiência desenvolveu-se com base num objetivo delineado na fase de projeto, sem existir necessidade de reformulação do mesmo. As atividades desenvolvidas resultaram na uniformização de princípios orientadores para a gestão diferenciada da dor ao nível da prevenção, da avaliação, da intervenção, da reavaliação e do registo.

No decorrer do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Foco de Atenção Dor, iniciado no final de 2011, resultaram em 2013 algumas medidas corretivas transversais, nomeadamente na definição e uniformização das escalas de avaliação de dor, de acordo com as áreas de intervenção na prestação de cuidados, e a integração da história de dor na avaliação inicial. Obtiveram-se ainda indicadores positivos de estrutura, de processo e epidemiológicos, no entanto não foi possível mensurar indicadores de resultado, nomeadamente dados relativos à modificação positiva do estado de diagnóstico, o que despoletou o interesse pela continuidade do projeto. Por outro lado, a tomada de consciência da necessidade de desenvolver ações no sentido da promoção e da avaliação do projeto anteriormente implementado, foram igualmente impulsionadores. Existia ainda a necessidade de envolver a atual linguagem classificada de enfermagem - Padrão Nacional Único, que integra a reestruturação do Sistema de Informação de Enfermagem, nomeadamente no que se refere às especificidades para produzir informação resultante das intervenções dos enfermeiros, bem como a produção de resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2007).

No âmbito do estágio atualizei e reorganizei a folha de verificação (em apêndice, n.º 5) de forma a mensurar os dados que pretendia recolher (indicadores de estrutura, epidemiológicos, de processo e de resultado) enquadrada na denominação do atual processo de enfermagem (Padrão Nacional Único da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A folha de verificação, num modelo semelhante, já foi testada e utilizada em auditorias anteriores, pelo que o atual ajuste permitiu de um modo organizado recolher dados seguindo critérios que foram redefinidos e explicitados num guião de instruções de preenchimento da folha de verificação (em apêndice n.º 6). A folha de verificação enquanto ferramenta

de qualidade permite conhecer as causas, enquadrando o problema no contexto, e neste âmbito, foi organizada com base nas componentes da avaliação da qualidade proposta por Donabedian (2003), estrutura, processo, resultado. Seguindo esta sequência de indicadores, numa primeira análise, procurei rever os recursos existentes à disposição dos prestadores de cuidados, e ainda o ambiente físico e organizacional no qual trabalham, obtendo indicadores de estrutura. Seguiu-se a colheita de dados, de caracterização do cliente, do seu diagnóstico a partir da avaliação, dos registos de dor através da avaliação, intervenções utilizadas e reavaliação da dor. Estes dados referem-se à relação enfermeiro / cliente, ao modo como os cuidados são prestados, tendo em conta o diagnóstico e a intervenção e/ou terapêutica instituídas – indicadores de processo. Ainda se colheram dados quantitativos da frequência da ocorrência da dor, nos seus diferentes níveis, taxa da prevalência da dor – indicadores epidemiológicos.

Por fim, a avaliação dos conhecimentos sobre as estratégias de alívio de dor, e a alteração do diagnóstico face aos conhecimentos transmitidos e adquiridos pelo cliente pediátrico, ilustram as mudanças no estado de saúde, presente ou futuro, imputável aos cuidados de saúde prestados - indicador de resultado.

Atualizada a folha de verificação realizei auditorias aos registos de enfermagem, com base nos critérios definidos no guião de instruções de preenchimento da folha de verificação. A avaliação dos dados foi realizada de forma retrospectiva, sendo a amostra seletiva, da totalidade das crianças internadas, num dia aleatório. Com a realização das auditorias, obteve-se um diagnóstico da situação e recolheram-se indicadores. Estes dados não são expostos em contexto do relatório de estágio, pela proteção e salvaguarda de aspetos éticos. A mudança nos sistemas de informação da instituição hospitalar, ainda em fase de adaptação (desde dezembro de 2015), impuseram a necessidade de aperfeiçoar o processo de documentação, de modo a ser possível a obtenção de informação válida. Assim, no que concerne a medidas corretivas, face ao diagnóstico da situação resultante da auditoria, surge a necessidade da realização da norma de procedimento do registo do foco: Dor.

A norma foi numa primeira fase construída, posteriormente partilhada nas diferentes equipas, e reestruturada ao longo do estágio, chegando em conjunto, com a colaboração da equipa de enfermagem, à definição das orientações gerais e

específicas, para a estruturação do processo de enfermagem, diagnósticos e intervenções. Este documento (norma de procedimento) define os itens necessários para que os registos de enfermagem espelhem os cuidados prestados, e permita a obtenção de indicadores capazes de exprimir o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das crianças (OE, 2007).

O envolvimento de todos os membros da equipa de enfermagem revelou-se uma mais-valia no que respeita à motivação dos mesmos, dado que este processo de trabalho treina todos os membros envolvidos e assegura que todos o fazem, e compreendem (Marquis & Huston, 2005; Sousa, Duarte, Sanches & Gomes, 2006). Para obter e manter esta motivação, a minha atuação, orientada pela dinamização do meu projeto de estágio e simultaneamente do meu papel enquanto dinamizadora do programa de melhoria contínua, pretende gerir e ser capaz de utilizar os meios disponíveis para atingir os objetivos preconizados, gerir os recursos humanos e saber utilizá-los, rentabilizando as suas competências e conciliando os objetivos individuais com os objetivos organizacionais.

A continuidade deste projeto de melhoria contínua da qualidade impôs a transformação de conhecimentos em competências, e ainda acrescentou valor aos enfermeiros mas também à organização. Nesta perspetiva pretendo manter a reflexão em equipa, a realização de ações formativas, e a elaboração de material informativo com o objetivo de garantir o direito das crianças na abordagem sobre a avaliação, prevenção e controlo da dor. Estas atividades realizadas permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) B1.1“Participa em projetos institucionais na área da qualidade” e B2.1“Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado” (p. 6).

Ressalvo as características do contexto onde exerço funções, no qual a chefia e a direção de enfermagem disponibilizam meios e facilitam a execução deste projeto. Este aspeto enquadra-se na perspetiva de desenvolvimento de competências de Le Boterf (2005) que destaca três fatores elementares: **saber agir** que supõe saber mobilizar recursos (conhecimento formal, redes de conhecimentos); o **querer agir** que se refere à motivação pessoal e ao contexto mais ou menos estimulante para a ação; e o **poder agir** que remete para a existência de uma organização de trabalho que torne possível a concretização.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do relatório de estágio promoveu uma reflexão sistematizada sobre os cuidados, numa perspectiva conceptual e ética, contribuindo para a construção do conhecimento. A reflexão foi uma ferramenta primordial no percurso de estágio, pelo que procurei refletir sobre a ação, sobre as possibilidades e contingências dos contextos, com pensamento crítico através da análise das atividades, concebendo apreciações baseadas na evidência, que por sua vez permitiram alcançar os objetivos definidos, e simultaneamente possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento de competências.

As competências desenvolvidas enquanto EEESCJ tiveram por base os contextos de estágio impulsionadores do desenvolvimento experiencial e de uma dinâmica reflexiva sobre a prática, sobre o saber fazer, saber ser, e saber estar. Estas aptidões encontram-se enumeradas ao longo das reflexões apresentadas para os diferentes campos de estágio e pertencem aos domínios de competências específicas de EEESCJ (OE, 2010a):

- a) Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (p.2).

Nesta perspectiva, o processo de aprendizagem assumiu os pressupostos da reflexão-ação, decorrendo da dinâmica entre reflexão a partir da ação, com efeito sobre a ação subsequente, num movimento dinâmico de desconstrução e reconstrução integrando-se novas perspectivas de conhecimento (Schön, 2000).

Com o crescimento do relatório apercebi-me que o distanciamento da ação permitiu-me influenciar as ações futuras, de forma a adquirir uma nova compreensão dos problemas que “consiste em pôr à prova a realidade, os conceitos e as teorias de ação, e interpretá-las em função dos novos contextos de intervenção” (Le Boterf, 2005, p.53).

As atividades desenvolvidas no contexto da prática clínica permitiram a consciencialização de que as intervenções de enfermagem devem incidir na mobilização de estratégias que visem a restrição dos stressores (intrapessoais, extrapessoais e interpessoais) que podem afetar o equilíbrio, o estado de conforto e de harmonia do sistema, pelo que o Modelo de Sistemas de Cuidados de Betty Neuman foi o fio condutor neste percurso. A abordagem da gestão da dor nesta

perspetiva justifica-se pela visão do cuidado para a prevenção da dor (prevenção primária) e simultaneamente para o fortalecimento da estabilidade do sistema para o controlo da dor através do desenvolvimento dos mecanismos de coping que resultam da relação terapêutica, baseada na negociação, na capacitação e no empoderamento.

Assim, as intervenções de enfermagem, para a gestão da dor deverão centrar-se na promoção e manutenção de fatores de proteção do sistema, tentando equilibrar ou mesmo anular os fatores de risco, evitando o desequilíbrio e promovendo portanto o bem-estar do mesmo. Logo, o EEESCJ deve focalizar a sua atenção na minimização dos stressores da hospitalização, tentando encontrar formas de atenuar e eliminar o sofrimento do sistema, para que “a dor não doa”.

A continuidade do projeto de melhoria contínua da qualidade proporcionou a reflexão sobre os cuidados, o confronto com as situações do quotidiano no contexto da ação, e deu visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem através da definição de indicadores de qualidade. A melhoria contínua da qualidade resulta da intencionalidade na mudança, para a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem, e a reflexão torna-se uma etapa relevante do processo de implementação desta mudança. A reflexão possibilita a compreensão do processo de implementação e do efeito que as mudanças provocam no contexto da ação. Deste modo, a melhoria contínua da qualidade implica e exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão na, sobre e para ação (Schön, 2000).

Termino com a premissa de que a família assume um papel marcante na sociedade, e para o EEESCJ, é essencial que os cuidados de enfermagem assentem numa lógica de CCF e CNT, promovendo a participação dos pais no planeamento dos cuidados à criança, capacitando-os para os cuidados e promovendo a vinculação.

4. PROJETOS FUTUROS

A Enfermagem é uma profissão que exige formação científica permanente, que permita dar resposta às necessidades de cuidados de saúde, daí a pertinência de projetos que promovam a qualidade dos cuidados

Perspetivando o desenvolvimento de competências para o cuidar do cliente pediátrico, pretendo melhorar a qualidade dos cuidados à criança/jovem e família, e valorizar a intervenção do EEESCJ como elemento ativo e facilitador na gestão da dor da criança/jovem. Assim, pretendo que a operacionalização do projeto de melhoria contínua no âmbito da dor seja incorporado pela equipa de enfermeiros da qual faço parte, de forma a contribuir para a valorização da profissão através de práticas que promovam ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM clinical protocol #23: Non-pharmacologic management of procedure-related pain in the breastfeeding infant. *Breastfeeding Medicine*, 5 (6), 315-319
- American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 112 (3) 691-696
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. 18(2). 295-306
- Basto, M. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 (1)
- Batalha, L. (2006). *A Dor em Pediatria*. Jornadas Multidisciplinares de Dor. Porto: APED
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. Suplemento, p.16-21
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R., Santos, P. (2014). Dor Pediátrica em Portugal: Resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45, p. 99-106
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto
- Carius, D. (2010). A importância do uso da cor nos sentimentos dos enfermeiros a nível Hospitalar. (Dissertação de Mestrado em Oncologia). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1 (1). 13-23
- Carvalho, A., Begnis, J. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11, 109-117
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal careers. *Journal of Advance Nursing*. 22, p.1058-1062
- Cordeiro, M. (2013). *O Grande Livro do Bebê. O primeiro ano de vida*. A Esfera dos Livros

- Cordeiro, R., Costa, R. (2014) Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 23 (1), 185-192
- Chen, E., Joseph, M., Zeltzer, L. (2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatric Clinics*, 47 (3), 513-525
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Diário da República I Série – A – n.º 93. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Direção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 09/2003. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa n.º 14/2010. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular Normativa n.º 24/2012. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Circular Normativa n.º 022/2012. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. (Norma nº010/2013) Lisboa: Ministério da Saúde
- Donabedian, A. (2003) *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press
- Estevinho, I. (2004). Enfermeiros e mães a caminho...da parceria ao empowerment no cuidado! *Servir*. 15, p.151-156
- Faria, H., Barros, L. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Faculdade de Psicologia. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7317> Acedido em 16-05-2015
- Fernandes, A., Campbell-Yeo, M., & Johnston, C. (2011). Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: Part 1: Sensorial interventions. *Advances in Neonatal Care*, 11 (4), 235-241

- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ªEd, Porto Alegre: ArtMed editora
- Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. (2006). *Oxford Textbook of Palliative Care for children*. New York: Oxford University Press
- Groenewald C., Rabbitts, J. Schroeder, D., Harrison, T. (2012). Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Paediatric Anaesth*. 22 (7). 661-668
- Guimarães, G., Monticelli, M. (2007). A formação de apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 16 (4), 624-635
- Hatfield, L., Chang, K., Bittle, M., Deluca, J., & Polomano, R. (2011). The analgesic properties of intraoral sucrose: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*. 11 (2), 83-92
- Health Care (2010). *Your guide to helping children and families cope with illness and injury*. Acedido em 25-05-2015. Disponível em: <https://www.healthcaretoolbox.org/what-providers-can-do/d-e-f-protocol-for-trauma-informed-pediatric-care.html>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Hockenberry, J., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed). Loures: Lusociência
- <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/servicos-clinicos/maternidade/unidade-de-neonatalogia/> Acedido em 22-06-2015
- http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital_2#26 Acedido em 22-06-2015
- <http://www.cscarnaxide.min-saude.pt/informacoes/> Acedido em 22-06-2015
- Internacional Association for the Study of Pain (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. IASP: Seattle
- ICN (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Geneve: Internacional Council of nurses
- INE (2014). Obtido em Outubro de 2015, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- INE (2015). *Estatísticas demográficas 2014*. Instituto Nacional de Estatística, IP: Lisboa

- Institute for Family-Centered Care (2010). *Patient and family centered care*. Acedido em: 15/05/2015. Disponível em: www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Le Boterf, G. (2005) *Construir competências individuais e coletivas*. Lisboa: Edições Asa.
- Kanai, K., Fidelis, W. (2010). Conhecimento e percepção da equipa de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Revista Dor*. São Paulo p. 20-27
- Kassab, M., Roydhouse, J., Fowler, C., & Foureur, M. (2012). The effectiveness of glucose in reducing needle-related procedural pain in infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 27 (1), 3-17
- Kennedy, R., Luhmann, J., Zempsky, W. (2008). Clinical Implications of Unmanaged Needle-insertion Pain and Distress in Children. *Pediatrics*. 122(3). 130-133
- Liaw, J., Yang, L., Lee, C., Fan, H., Chang, Y., & Cheng, L. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioral states across heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 50 (7), 883-894
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2005). *Administração e liderança em enfermagem* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Martin, C. (1997). *Objecto da disciplina de enfermagem: que processos de formação?* Conferência proferida no workshop em 19 de Setembro de 1997
- McCarthy, A., Kleiber, C. (2006). A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches. *Journal of Pediatric Nursing*. 21(2). 88-98
- McDowell, B. (2011). *Using the Neuman Systems Model to Guide Pediatric Nursing Practice*. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5th editos. pp. 223 – 236). Pearson Education, Inc
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing

- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., Mello, D. (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 22 (3), 432-439
- Mendes, S., Silva, A., Ferreira, S., Silva, F. (2014). A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança. *Nursing*. Acedido a 02-05-2015 Disponível em <http://www.nursing.pt/a-utilizacao-de-estrategias-nao-farmacologicas-de-alivio-da-dor-na-crianca/>
- Monteiro, M. (2002). *A avaliação da dor da criança no pós-operatório da cirurgia ambulatória*. Dissertação apresentada no âmbito do 1º curso de mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta
- Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo*. 4ª Edição. Col. Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget
- National Center for Cultural Competence (2007). *A guide for advancing family-centered and culturally and linguistically competent care*. Georgetown University Center for child and Human Development: Washington
- Neman F, Souza, M. (2003) Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto. *Nursing*. 56 (6). 28-31
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ªEdition, United States of America, Pearson Education
- Nunes, L. (2002). Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing* (171), 8-11
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Relatório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática – Dor*. Série 1, n.º 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Serie 1, n.º 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: Editora ACEPS
- Peng, N. Chen, L.; Li, T., Smith, M., Chang, Y., & Huang, L. (2014) The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care: for professionals working with children in the hospital and community*. 18(4), 314-325
- Pereira, A., Teixeira, S., Nunes, J. & Diogo, P., (2010) Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. N.º 1 (14), 24-38
- Pimentel, M. (2001). Mitos e ideias incorrectas da dor na criança. *Nursing*. 154, p. 27-31
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Simkiss, D. (2011). Community care of children with complex health needs. *Paediatrics and Child Health*. 22 (5). 193-197
- Sousa, M., Duarte, T., Sanches, P., & Gomes, J. (2006). *Gestão de recursos humanos*. Lisboa: Lidel.
- Souza, N., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J., Silva, M. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (5). 729-733
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Tavares, P. (2008). *Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas. Acedido em Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://repositório-aberto.up.pt>

- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological Interventions for neddle-related procedural pain and distress in children and adolescents: inabbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*. 33(8). 842-584
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

APÊNDICES

1) Cronograma de estágio

[illegible]

2) Objetivos específicos dos locais de estágio e plano de atividades

CONTEXTO - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Objetivos específicos:

- Analisar a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, para a compreensão da gestão da dor
- Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, atuando em conformidade
- Promover a vinculação de forma sistemática, através da utilização de estratégias promotoras do envolvimento dos pais na prestação de cuidados
- Identificar intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a minimização da dor no contexto da hospitalização
- Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança e família, enfatizando a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da criança/jovem, nomeadamente pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de prevenção e controlo da dor

Atividades	Data	Recursos
Análise dos cuidados prestados na dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional Análise da documentação existente (normas, protocolos de atuação, documentos institucionais)	28/09/2015 a 25/10/2015 (4semanas)	Enfermeiro orientador do contexto
Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito do contexto da prática clínica		Equipa de enfermagem
Participação no cuidado de enfermagem ao sistema, criança e família, em permanente interação com o meio, e afetado por diferentes fatores de stress		Docente orientadora

Observação do comportamento do recém-nascido perante procedimentos Planeamento de intervenções individualizadas para o controlo da dor do recém-nascido Utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor aquando procedimentos		Documentos, normas e protocolos do serviço
Promoção do contato físico dos pais do recém-nascido prematuro através do toque e da massagem		Referências bibliográficas (apresentadas no projeto e outras que se justifiquem)
Promoção das competências parentais através do reforço positivo e ensinamentos que as promovam		
Elaboração de reflexão crítica estruturada sobre as competências adquiridas		
CONTEXTO - Internamento Pediatria		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Analisar a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, para a compreensão da gestão da dor• Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, atuando em conformidade• Promover a vinculação de forma sistemática através da utilização de estratégias promotoras do envolvimento dos pais na prestação de cuidados• Empoderar o sistema, criança/jovem e família, para a gestão de processos específicos de saúde/ doença• Identificar intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a minimização da dor no contexto da hospitalização• Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, enfatizando a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da criança/jovem, nomeadamente pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de prevenção e controlo da dor		

Atividades	Data	Recursos
<p>Análise dos cuidados prestados na dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional</p> <p>Análise da documentação existente (normas, protocolos de atuação, documentos institucionais)</p>	26/10/2015 a 01/11/2015 (5semanas)	<p>Enfermeiro orientador do contexto</p> <p>Equipa de enfermagem</p> <p>Docente orientadora</p> <p>Documentos, normas e protocolos do serviço</p> <p>Referências bibliográficas (apresentadas no projeto e outras que se justifiquem)</p>
Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito do contexto da prática clínica		
<p>Observação do comportamento da criança, do jovem e família perante procedimentos</p> <p>Planeamento de intervenções individualizadas para o controlo da dor da criança e do jovem</p> <p>Utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor</p>		
Participação no cuidado de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, em permanente interação com o meio, e afetado por diferentes fatores de stress		
Promoção das competências parentais através do reforço positivo e ensinamentos que as promovam		
Elaboração de reflexão crítica estruturada sobre as competências adquiridas		

CONTEXTO – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Objetivos específicos:

- Analisar a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, para a compreensão da gestão da dor
- Apreciar o crescimento, o desenvolvimento e as necessidades da criança/jovem e família, para a sustentação dos cuidados antecipatórios, na promoção da saúde e na prevenção da doença
- Empoderar o sistema, criança/jovem e família, para a gestão de processos específicos de saúde/ doença
- Identificar intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a minimização da dor
- Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, enfatizando a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da criança/jovem, nomeadamente pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de prevenção e controlo da dor

Atividades	Data	Recursos
Análise dos cuidados prestados na dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional Análise da documentação existente (normas, protocolos de atuação, documentos institucionais)	30/11/2015 a 20/12/2015 (3semanas)	Enfermeiro orientador do contexto Equipa de enfermagem
Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito do contexto da prática clínica		
Observação do comportamento da criança, jovem e família durante a vacinação Planeamento de intervenções individualizadas para o controlo da dor da criança e do jovem Utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a vacinação		

Aquisição de conhecimentos e realização da avaliação do desenvolvimento infantil recorrendo às escalas instituídas para o efeito		Docente orientadora
Participação nos cuidados de enfermagem no âmbito da consulta de saúde infantil e na vacinação		Documentos, normas e protocolos do serviço
Monitorização, registo e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem no boletim individual de saúde e nos instrumentos de registo do Centro de Saúde		Referências bibliográficas (apresentadas no projeto e outras que se justifiquem)
Transmissão de informação antecipatória promotora da saúde, que responda às necessidades de informação dos pais, com base no preconizado no PNSIJ		
Promoção das competências parentais através do reforço positivo e ensinamentos que as promovam		
Elaboração de reflexão crítica estruturada sobre as competências adquiridas		

CONTEXTO – Urgência Pediátrica

Objetivos específicos:

- Analisar a dinâmica do contexto na sua vertente estrutural, organizacional e funcional, nomeadamente os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática, para a compreensão da gestão da dor
- Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, atuando em conformidade
- Empoderar o sistema, criança/jovem e família, para a gestão de processos específicos de saúde/ doença
- Identificar intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a minimização da dor no contexto da hospitalização
- Prestar cuidados de enfermagem ao sistema, criança/jovem e família, enfatizando a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da criança/jovem, nomeadamente pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas, de prevenção e controlo da dor

Atividades	Data	Recursos
Análise dos cuidados prestados na dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional Análise da documentação existente (normas, protocolos de atuação, documentos institucionais)	04/01/2016 a 24/01/2016 (3 semanas)	Enfermeiro orientador do contexto
Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito do contexto da prática clínica		Equipa de enfermagem

<p>Observação do comportamento da criança, do jovem e família perante procedimentos</p> <p>Planeamento de intervenções individualizadas para o controlo da dor da criança e do jovem</p> <p>Utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor</p>		<p>Docente orientadora</p> <p>Documentos, normas e protocolos do serviço</p> <p>Referências bibliográficas (apresentadas no projeto e outras que se justifiquem)</p>
<p>Mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico</p>		
<p>Identificação de situações de risco e realização do respetivo encaminhamento</p>		
<p>Participação nos cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em diferentes situações clínicas, nos diferentes contextos (triagem, sala de tratamentos, reanimação, serviço de observação)</p>		
<p>Promoção das competências parentais através do reforço positivo e ensinamentos que as promovam</p>		
<p>Elaboração de reflexão crítica estruturada sobre as competências adquiridas</p>		

CONTEXTO - Internamento Pediatria

Objetivos específicos:

- Uniformizar princípios orientadores para a gestão diferenciada da dor ao nível da prevenção, da avaliação, da intervenção, da reavaliação, e do registo

Atividades	Data	Recursos
Atualização da grelha de verificação no âmbito do Projeto de Melhoria Contínua	25/01/2016 a 14/02/2016 (3 semanas)	Enfermeiro orientador do contexto
Realização de auditoria aos registos de enfermagem, foco Dor, dando enfoque à colheita da história de dor, processo de avaliação e reavaliação da dor, documentação das intervenções autónomas, e realização dos ensinamentos sobre a dor		Equipa de enfermagem
Reflexão com a equipa de enfermagem acerca dos resultados da auditoria Implementação de medidas corretivas		Docente orientadora
Elaboração de norma de procedimento com orientações de atuação na gestão da dor e nos registos do processo de enfermagem		Referências bibliográficas (apresentadas no projeto e outras que se justifiquem)

3) Norma de Procedimento:
Gerir a administração de sacarose a 24%.

Gerir a administração de sacarose a 24%

Data Criação	10-10-2015	Data Aprovação	
Responsáveis pela elaboração		Responsáveis pela Aprovação	

Nome

Gerir a administração de sacarose a 24%.

Objetivo

Prevenir a dor aguda na criança (dos recém nascidos pré termo aos latentes) quando submetida a procedimentos dolorosos.

Destinatários

O enfermeiro ou o prestador de cuidados após ensino, instrução e treino.

Notas técnicas

A sacarose é um hidrato de carbono simples, resultante da combinação de dois monossacarídeos, a glicose e a frutose.

A sua utilização tem efeito benéfico em recém-nascidos pré-termo, de termo e nos lactentes que sejam submetidos a procedimentos que se julgue ser desconfortável e ou doloroso como a punção venosa, capilar, arterial ou lombar, a administração de injeções IM e SC de medicamentos, as imunizações, entre outros (DGS, 2012; Fernandes, Campbell-Yeo, & Johnston, 2011; Hatfield, Chang, Bittle, Deluca, & Polomano, 2011; Kassab, Roydhouse, Fowler, & Foureur, 2012; OE, 2013 - grau de recomendação I, nível de evidência A).

A administração da solução de sacarose oral a 24% enquadra-se nas intervenções não farmacológicas e pode alterar as variáveis fisiológicas e comportamentais de dor nos recém-nascidos e lactentes sujeitos a procedimentos dolorosos. Estudos propõe que este mecanismo de ação resulta da libertação de endorfinas que reduzem a transmissão de sinais de dor para o sistema nervoso central (Fernandes et al., 2011, Hatfield et al., 2011; Kassab et al., 2012 - grau de recomendação I, nível de evidência A). Assim, a estimulação oro-gustativa produz respostas comportamentais de conforto, como a expressão facial de tranquilidade e/ou a diminuição do tempo de choro (DGS, 2012; OE, 2013).

Para que a solução de sacarose oral a 24% tenha o efeito pretendido deve ser administrada na cavidade oral, na porção proximal da língua ou na parede

interna lateral da boca, e nunca através de sonda oro ou nasogástrica (Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010; DGS, 2012; Tamez, 2013 - grau de recomendação I, nível de evidência A).

O uso associado de sucção não nutritiva com chucha à administração da solução de sacarose a 24% por via oral nos dois minutos antes do procedimento doloroso inibe a hiperatividade e modela o desconforto, facilitando a organização neurológica e emocional da criança (Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010; DGS, 2012; Kassab et al., 2012; Liaw et al., 2013; OE, 2013 - grau de recomendação I, nível de evidência A).

Modo de aplicação

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5ml

Doses máximas por procedimento:

27-31 semanas de Idade Gestacional: 0,5ml

32-36 semanas de Idade Gestacional: 1ml

Recém-nascidos de termo: 2ml

Frequência máxima de 4 tomas no prematuro e 6 tomas no Recém-nascidos de termo.

(Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, 2010; DGS, 2012; Fernandes et al., 2011; Kassab et al., 2012 - grau de recomendação I, nível de evidência A)

Procedimento

Tarefa	Objetivo
Planear a administração da solução de sacarose a 24% sempre que seja executado um procedimento doloroso	Gerir o tempo Diminuir a dor provocada pelo procedimento doloroso
Lavar as mãos	Prevenir a contaminação
Verificar a data de validade da solução de sacarose a 24%	Prevenir o erro
Executar a aspiração da solução de sacarose a 24% para uma seringa sempre que se trata de um Recém-nascido pré-termo, dado que se administra 0,5 a 1 ml	Assegurar a eficácia e evitar a hiperglicemia

Administrar diretamente da unidade disponível na farmácia hospitalar quando se trata de um recém-nascido de termo ou latente	
Vigiar e monitorizar a dor da antes da realização do procedimento doloroso	Avaliar a eficácia do procedimento
Ensinar, instruir e treinar os pais sobre os fundamentos da administração da solução de sacarose a 24%	Promover o envolvimento parental
Administrar a solução de sacarose a 24% na cavidade oral - parte anterior da língua - dois minutos antes do procedimento doloroso	Diminuir a dor provocada pelo procedimento doloroso
Coordenar a inserção da chucha com a sucção da solução de sacarose a 24% (sucção não nutritiva)	Promover a eficácia do procedimento
Gerir outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor (toque, contenção, minimização da luz)	Promover a eficácia do procedimento
Executar o procedimento doloroso à criança Vigiar e monitorizar a dor durante a realização do procedimento doloroso	Promover a eficácia do procedimento e ajustar as intervenções em conformidade
Administrar a solução de sacarose a 24% à criança, uma vez mais se necessário	Promover a eficácia do procedimento
Vigiar e monitorizar a dor após a realização do procedimento doloroso Registar o ocorrido em notas de ocorrência	Promover a continuidade de cuidados

Resultado Final

O controlo eficaz da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados do ponto de vista ético mas também pelas implicações no neurodesenvolvimento.

Bibliografia

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM clinical protocol #23: Non-pharmacologic management of procedure-related pain in the breastfeeding infant. *Breastfeeding Medicine*, 5 (6), 315-319.

Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular Normativa n.º 24/2012. Lisboa: DGS.

Fernandes, A., Campbell-Yeo, M., & Johnston, C. C. (2011). Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: Part 1: Sensorial interventions. *Advances in Neonatal Care*, 11 (4), 235-241

Hatfield, L. A., Chang, K., Bittle, M., Deluca, J., & Polomano, R. C. (2011). The analgesic properties of intraoral sucrose: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*. 11 (2), 83-92.

Kassab, M. I., Roydhouse, J. K., Fowler, C., & Foureur, M. (2012). The effectiveness of glucose in reducing needle-related procedural pain in infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 27 (1), 3-17.

Liaw, J., Yang, L., Lee, C., Fan, H., Chang, Y., & Cheng, L. (2013). Effects of combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioral states across heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 50 (7), 883-894.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática – Dor*. Série 1, n.º 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Serie 1, n.º 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

4) Pedido de fornecimento de sacarose oral a 24%

Conselho Clínico e de Saúde do

ACES _____

Exmo. Sr. Dr. _____

Exma. Sr.^a Enf.^a _____

Assunto: Pedido de fornecimento de Sacarose oral a 24%

Vimos por este meio solicitar o fornecimento de sacarose oral a 24%, unidoses de 2ml, para utilização nos recém-nascidos e lactentes aquando dos procedimentos dolorosos, dos quais se destaca a vacinação.

A sua implementação constitui um fator determinante para o alívio e prevenção da dor na criança, sendo um recurso determinante para a promoção da saúde e do bem-estar da criança e família.

O controlo da dor é um dever de todos os profissionais de saúde e um indicador de boa prática, que contribui para a excelência dos cuidados, enquadrando-se no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007), e no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade “o bem-estar e o autocuidado” (Diário da República, 2ª série, n.º 119, Junho de 2015).

As orientações técnicas da Direção Geral de Saúde corroboram da apreciação de que a utilização da sacarose a 24% é uma intervenção recomendada para o controlo da dor em procedimentos como a administração de injetáveis, considerando-a um critério de boa prática.

Pelo exposto, e na perspetiva de um contínuo melhoramento do serviço prestado, julga-se ser imprescindível a sua aquisição.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenação do UCSP _____

5) Folha de verificação

Folha de Verificação

[illegible]

Indicadores Epidemiológicos e de Processo

[illegible]

[illegible]

6) Guião de preenchimento da folha de verificação

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DE FOLHA DE VERIFICAÇÃO

(1) Métodos físicos ou periféricos

Aplicação de frio

Aplicação de calor

Material de conforto

(S) Sim, existe equipamentos para a intervenção

(N) Não, não existe equipamentos para a intervenção

(2) Intervenções cognitivo-comportamentais

Distração – nomeadamente material de leitura, música, vídeos, televisão

(S) Sim, existe equipamentos para a intervenção

(N) Não, não existe equipamentos para a intervenção

(3) Anestésicos tópicos

Lidocaína 25mg/g + prilocaína 25mg/g – penso EMLA

Cloridrato de lidocaína 20mg/g – gel – Lidoject

Cloreto de etilo spray

(S) Sim, existe utilização

(N) Não, não existe para utilização

(4) Sacarose a 24%

(S) Sim, existe utilização

(N) Não, não existe para utilização

(5) Norma de procedimento

(S) Sim, existe para orientação dos procedimentos

(N) Não, não existe para orientação dos procedimentos

(6) Protocolo

(S) Sim, existe para orientação dos procedimentos

(N) Não, não existe para orientação dos procedimentos

(7) Cliente - número de processo ou episódio

(8) Idade

Dias – considerar com idade inferior a 1 mês

Meses – considerar com idade superior ou igual a 1 ano

Anos – considerar com idade igual ou superior a 1 ano

(9) Género

(F) Feminino

(M) Masculino

(10) Motivo de entrada

Registo de principais sintomas

(11) História de Dor

(S) Sim, foi realizada nas primeiras 24 horas

(N) Não, não foi realizada nas primeiras 24 horas

(12) Escala de auto avaliação

(S) Sim, utilizada e adequada ao contexto

(N) Não, utilizada e inadequada ao contexto

Com base no definido pelo Grupo Padrões de Qualidade de Enfermagem – Foco de atenção Dor, na norma de orientações gerais para o controlo da Dor (2013) para o Departamento de Pediatria dever-se-á selecionar o instrumento de avaliação da intensidade da dor em conformidade com as características da criança, acreditando na criança, privilegiando o auto-relato sempre que a criança tenha capacidade de comunicação e funções cognitivas mantidas.

Como escalas de auto avaliação está definido a utilização de:

- Escala numérica, a todas as crianças com idade igual ou superior a 7 anos;

- Escala FPS-R (Faces Pain Scale Revised), a todas as crianças com idade igual ou superior a 4 anos;

O instrumento de avaliação da intensidade da dor selecionado deve ser mantido em todas as avaliações nos diferentes contextos de hospitalização da criança, excluindo os casos em que a alteração da sua situação clínica o justifique.

(13) Escala de hétero avaliação

(S) Sim, utilizada e adequada ao contexto

(N) Não, utilizada e inadequada ao contexto

Como escalas de hétero avaliação está definido a utilização de:

- Escala de EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né), a todas as crianças com idade igual ou superior a 25 semanas de gestação até ao 1 ano de vida;

- Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Consolability), a todas as crianças desde o 1º ano de vida até aos 17 anos + 364 dias;

- Escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Consolability - Revised), a todas as crianças com défices cognitivos ou multideficiência.

(14) Diagnóstico de dor

Sem dor

Dor em grau reduzido

Dor em grau moderado

Dor em grau elevado

Dor em grau muito elevado

Considerar criança com dor presente sempre que exista pelo menos um registo de dor

D1 – na primeira avaliação de dor

D2 – primeira reavaliação de dor após intervenção autónoma de enfermagem

D3 – primeira reavaliação de dor sem intervenção autónoma documentada

ESCALA	SCORE	Dor em grau reduzido	Dor em grau moderado	Dor em grau elevado	Dor em grau muito elevado
EDIN	0-15	1-4	5-8	9-12	13-15
FLACC / FLACC-R	0-10	1-2	3-5	6-8	9-10
NUMÉRICA / FACES	0-10	1-2	3-5	6-8	9-10

(15) Registo de dor

Avaliação

(S) Sim, se uma avaliação em cada turno ou em cada 8 horas

(N) Não, se não há registo em todos os turnos ou em cada 8 horas

Intervenções autónomas de enfermagem

(S) Sim, se registo de pelo menos uma intervenção em cada turno ou em cada 8 horas

(N) Não, se não há registo de nenhuma intervenção em cada turnos ou em cada 8 horas

Intervenções de enfermagem que podem constar em plano de cuidados:

Posicionar

Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento

Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor

Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento

Executar terapia através de neuro estimulador de superfície

Aliviar dor através de embalagem fria

Aplicar envolvimento frio

Aplicar envolvimento quente

Reavaliação

(S) Sim, se registo de pelo menos uma reavaliação após uma intervenção autónoma

(N) Não, se não há registo de reavaliação após uma intervenção autónoma

(16) Intervenções interdependentes:

Prescrição médica de analgésicos

(S) Sim, considerar os analgésicos prescritos com horário estipulado e em SOS

(N) Não, quando não existe prescrição de analgesia

Administração dos analgésicos prescritos

(S) Sim, considerar ainda que o enfermeiro tenha alterado o horário de administração

(N) Não, quando não existe registo de analgesia administrada

(17) Avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

(S) Sim, quando existe pelo menos uma das opções de diagnóstico

(N) Não, quando não existe nenhuma avaliação do conhecimento ou potencial

- ✓ Avaliar conhecimento da mãe e (ou) pai sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento
- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor

Intervenções de enfermagem que podem constar em plano de cuidados:

Ensinar a mãe e (ou) o pai a vigiar dor

Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor

Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre dor

Ensinar a mãe e (ou) o pai a gerir a dor

Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor

Ensinar sobre medicamentos

Ensinar sobre estratégias não farmacológicas
Ensinar sobre regime medicamentoso
Ensinar sobre dor
Ensinar sobre estratégias adaptativas
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

(18) Alteração do diagnóstico

(S) Sim, quando as intervenções de ensino permitiram a alteração positiva do diagnóstico, por exemplo existe potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e a avaliação do conhecimento passa de não demonstrado a demonstrado.

(N) Não, quando a reavaliação do potencial para melhorar o conhecimento passa a negativo, entenda-se “Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”

Quando há potencial para melhorar o conhecimento mas a avaliação do conhecimento se mantém não demonstrado.

7) Norma de Procedimento: Registo do Foco Dor

	<p align="center">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p align="center">REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

1. Objetivo: Uniformizar os registos para o Foco Dor, no SClínico, para a avaliação e controlo da Dor.

2. População alvo: Aplica-se a todas as crianças internadas na Pediatria.

3. Utilizadores: Enfermeiros do Internamento de Pediatria

4. Referências Bibliográficas:

- Grupo Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2013) *Orientações gerais para o controlo da Dor*. Norma de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem n.º1. Acessível na plataforma informática do CHLO, na área da qualidade em enfermagem, Lisboa, Portugal.
- Padrão Nacional Único da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015.

5. Orientações Gerais:

- a) No momento da avaliação inicial, realizada na admissão ou nas primeiras 24horas, devem ser colhidos dados da história de dor, preenchendo os campos com os itens: formas de comunicar a dor; localização; intensidade; duração; frequência; fatores de alívio; fatores de agravamento; uso de medidas farmacológicas; uso de medidas não-farmacológicas.
- b) O foco de atenção Dor deverá estar presente no plano de cuidados.
- c) Para designar o diagnóstico de enfermagem deve ser definido o status.

Com base no definido pelo Grupo Padrões de Qualidade de Enfermagem – Foco de atenção Dor, na norma de orientações gerais para o controlo da Dor (2013) para o Departamento de Pediatria dever-se-á selecionar o instrumento de avaliação da intensidade da dor em conformidade com as características da criança, acreditando na criança, privilegiando o auto-relato sempre que a criança tenha capacidade de comunicação e funções cognitivas mantidas.

Está definido a utilização de:

- Escala numérica, a todas as crianças com idade igual ou superior a 7 anos;
- Escala FPS-R (Faces Pain Scale Revised), a todas as crianças com idade igual ou superior a 4 anos;

<p align="center">ELABORADO</p> <p align="center">Data: Fevereiro 2016</p>	<p align="center">APROVADO Enf.ª Diretora</p> <p align="center">Data:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

	<p align="center">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p align="center">REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

- Escala de EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né), a todas as crianças com idade igual ou superior a 25 semanas de gestação até ao 1 ano de vida;
- Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Consolability), a todas as crianças desde o 1º ano de vida até aos 17 anos + 364 dias;
- Escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Consolability - Revised), a todas as crianças com défices cognitivos ou multideficiência.

O instrumento de avaliação da intensidade da dor selecionado deve ser mantido em todas as avaliações nos diferentes contextos de hospitalização da criança, excluindo os casos em que a alteração da sua situação clínica o justifique.

- d) Deve ser registada a intensidade da dor no aplicativo, associada à intervenção: monitorizar dor; monitorizar dor através da escala de EDIN; monitorizar dor através da escala numérica; monitorizar dor através da escala visual analógica.

Quando se utiliza o instrumento de avaliação, Escala FPS-R, Escala de FLACC ou Escala FLACC-R, as mesmas devem ser especificadas em nota associada no processo de enfermagem à intervenção “monitorizar dor”, dado que não existe no padrão intervenções exclusivas para estes instrumentos.

- e) A monitorização da dor sugere o diagnóstico de acordo com o intensidade da dor, podendo ser seguida do termo da localização anatómica e da frequência.

- f) A avaliação e o registo da intensidade da dor deverá ser efetuada de forma regular e sistemática, pelo menos uma vez turno, após cada intervenção de enfermagem para o controlo da dor, e sempre que se justifique.

- g) A criança e os pais/prestador de cuidados devem ser envolvidos na avaliação e no controlo da dor.

Para tal, devem ser realizados ensinamentos sobre escalas de auto-avaliação e estratégias de controlo da dor, independentemente da dor estar ou não associada ao motivo de internamento.

Ressalva-se que os adolescentes, por serem autónomos na avaliação de dor poderá ser desnecessário a realização de ensino aos pais/prestador de cuidados nesta faixa etária.

<p align="center">ELABORADO</p> <p align="center">Data: Fevereiro 2016</p>	<p align="center">APROVADO Enf.ª Diretora</p> <p align="center">Data:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

	<p align="center">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p align="center">REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

6. Orientações Específicas:

A. Processo de Enfermagem

- a) Realizada a monitorização da dor, é sugerido o diagnóstico de acordo com o resultado do score da avaliação. A seguinte tabela correlaciona os diferentes níveis para os diferentes instrumentos de avaliação.

ESCALA	SCORE	Sem Dor	Dor em grau reduzido	Dor em grau moderado	Dor em grau elevado	Dor em grau muito elevado
EDIN	0-15	0	1-4	5-8	9-12	13-15
FLACC FLACC-R	0-10	0	1-2	3-5	6-8	9-10
NUMÉRICA FPS-R	0-10	0	1-2	3-5	6-8	9-10

- b) Intervenções associadas ao diagnóstico de Dor

- Sem dor
 - ✓ Monitorizar a Dor – Horário a atribuir: a cada turno (0h, 9h, 18h) e sempre que se justifique, em “SOS”.
 - ✓ Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas (em especificações identificar quais as estratégias utilizadas) – Horário a atribuir: “sem horário” sempre que executa uma intervenção de enfermagem
- Dor em grau reduzido
- Dor em grau moderado
- Dor em grau elevado
- Dor em grau muito elevado

Intervenções obrigatórias para todos os níveis de Dor:

- ✓ Monitorizar a Dor – Horário a atribuir: a cada turno (0h, 9h, 18h), após cada intervenção de enfermagem para o controlo da dor “sem horário” e sempre que se justifique em “SOS”.
- ✓ Vigiar dor – Horário a atribuir: a cada turno (0h, 9h, 18h), após cada intervenção de enfermagem para o controlo da dor “sem horário” e sempre que se justifique em “SOS”.

ELABORADO	APROVADO Enf. ^a Diretora
Data: Fevereiro 2016	Data:

	<p style="text-align: center;">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p style="text-align: center;">REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Intervenções sugeridas que deverão ser apropriadas à singularidade de cada criança e a cada contexto, com ou sem dor presente (entenda-se para prevenir ou controlar a dor):

- ✓ Posicionar – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas (em especificações identificar quais as estratégias utilizadas) – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Assistir a identificar estratégias de alívio da dor (em especificações identificar quais as estratégias utilizadas) – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento (em especificações identificar quais as estratégias utilizadas) – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Aliviar dor através de embalagem fria – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Aplicar envolvimento frio – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem
- ✓ Aplicar envolvimento quente – Horário a atribuir: “agora” ou “sem horário” sempre que executa a intervenção de enfermagem

B. Diagnósticos e Intervenções de Educação para a Saúde

1. Selecionar a intervenção diagnóstica de acordo com a criança, os pais/ prestador de cuidados:
 - ✓ Avaliar conhecimento da mãe e (ou) pai sobre estratégias de alívio da dor
 - ✓ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

Instrumento de avaliação:

Conhecimento sobre:

Dor – demonstra / não demonstra

Complicações - demonstra / não demonstra

ELABORADO	APROVADO Enf. ^a Diretora
Data: Fevereiro 2016	Data:

	<p style="text-align: center;">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p style="text-align: center;">REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Avaliação da dor - demonstra / não demonstra
 Prevenção da dor - demonstra / não demonstra
 Gestão do regime terapêutico - demonstra / não demonstra
 Estratégias não farmacológicas – demonstra / não demonstra

A avaliação sugere um diagnóstico:

- ✓ Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

Intervenções de enfermagem que devem constar no plano de cuidados de acordo com a singularidade da criança, pais/prestador de cuidados e com o contexto de diagnóstico:

- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai a vigiar dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai a gerir a dor
- ✓ Ensinar sobre medicamentos
- ✓ Ensinar sobre estratégias não farmacológicas
- ✓ Ensinar sobre regime medicamentoso
- ✓ Ensinar sobre dor
- ✓ Ensinar sobre estratégias adaptativas

O horário estabelecido para cada intervenção deverá ser de acordo com a criança, pais/prestador de cuidados.

As intervenções deverão conter especificações que individualizam o ensino de forma a garantir o planeamento e a implementação de um tratamento personalizado.

A intervenção “Ensinar sobre dor” (deverá conter a especificação que refira o ensino relativo ao instrumento de auto-avaliação da dor).

Considera-se que a criança, pais/prestador de cuidados tem conhecimento sobre as escalas de auto-avaliação quando realizada autonomamente 3 avaliações de intensidade de dor, utilizando o instrumento proposto, mediante supervisão do enfermeiro.

<p style="text-align: center;">ELABORADO</p> <p style="text-align: center;">Data: Fevereiro 2016</p>	<p style="text-align: center;">APROVADO</p> <p style="text-align: center;">Enf.^a Diretora</p> <p style="text-align: center;">Data:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p>REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Deverá ser realizada a intervenção “Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” a cada 24horas e sempre que exista alteração do conhecimento.

2. Selecionar a intervenção diagnóstica:

- ✓ Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento

Instrumento de avaliação:

Capacidade cognitiva – não/ sim

Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde – não/ sim

Força de vontade expressa na aprendizagem – não/ sim

Envolvimento no processo de ensino / aprendizagem – não/ sim

A avaliação sugere um diagnóstico:

- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
- ✓ Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor

Intervenções de enfermagem que devem constar no plano de cuidados de acordo com a singularidade da criança, pais/prestador de cuidados, e com o contexto de diagnóstico:

- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai a vigiar dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre dor
- ✓ Ensinar a mãe e (ou) o pai a gerir a dor
- ✓ Ensinar sobre medicamentos
- ✓ Ensinar sobre estratégias não farmacológicas
- ✓ Ensinar sobre regime medicamentoso
- ✓ Ensinar sobre dor
- ✓ Ensinar sobre estratégias adaptativas

O horário estabelecido para cada intervenção deverá ser de acordo com a criança, pais/prestador de cuidados.

ELABORADO	APROVADO
	Enf. ^a Diretora
Data: Fevereiro 2016	Data:

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p>REGISTO DO FOCO: DOR NO SCLINICO</p>	<p>Emissão: 2016</p> <p>Revisão:</p>
--	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Deverá ser realizada a intervenção “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” a cada 24 horas e sempre que exista alteração do potencial.

3. Encerramento dos focos e intervenções selecionadas

Os diagnósticos de conhecimento ou potencial para melhorar o conhecimento devem permanecer em plano de cuidados até que se atinjam a categoria “presente” ou durante todo o internamento caso o mesmo não seja alcançado, mantendo-se a “oportunidade de”.

ELABORADO	APROVADO
Data: Fevereiro 2016	Enf. ^a Diretora
	Data: